



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

ESTUDO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS

Lorena de Melo Mendonça Oliveira

Goiânia
2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

**ESTUDO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM CRIANÇAS
INSTITUCIONALIZADAS**

Aluna: Lorena de Melo Mendonça Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Resende

Goiânia
2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

Lorena de Melo Mendonça Oliveira

**ESTUDO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM CRIANÇAS
INSTITUCIONALIZADAS**

Comissão Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Resende
Presidente

Prof.^a Dr.^a Daniela Sacramento Zanini
Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás)

Prof.^a Dr.^a Mara Rubia de Camargo Alves Orsini
Universidade Federal de Goiás (UFG)

Goiânia
2014

SUMÁRIO

Lista de abreviatura e siglas.....	i
Lista de tabelas e figuras.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
INTRODUÇÃO.....	7
REFERÊNCIAS.....	14
CAPÍTULO I	
Avaliação de sintomas depressivos em crianças: Um estudo de revisão sistemática	
Resumo.....	17
Abstract.....	18
INTRODUÇÃO.....	19
MÉTODO.....	22
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	42
CAPITULO II	
Estudo comparativo de sintomas depressivos em crianças sob situação de acolhimento institucional	
Resumo.....	45
Abstract.....	46
INTRODUÇÃO.....	47
MÉTODO.....	50
RESULTADOS.....	55
DISCUSSÃO.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	79
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS	
Anexo A – Tabela de apresentação dos artigos selecionados em bases de dados.	
Anexo B – Carta aos Pais ou Responsáveis	
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo D – Questionário Sócio-demográfico	

Lista de Siglas e Abreviações

AB	Conteúdo abstrato
Afr	Quociente de afetividade
Art	Arte
Ay	Antropologia
Blends	Determinante misto
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
C	Cor pura
C'	Cor acromática
CBCL	Child Behavior Checklist (Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes)
CDI	Children's Depressive Inventory (Inventário de Depressão Infantil)
CDRS-R	The Children's Depression Rating Scale – Revised Version (Escala de Avaliação de Depressão Infantil – versão revisada)
CF	Cor-forma
CHIPS	The Children's Interview for Psychiatric Syndromes (The Children's Interview for Psychiatric Syndromes)
Cn	Cor nomeada
Cor-Somb	Cor e sombreado
CP	Projeção de cor
COP	Movimento cooperativo
DEPI	Índice de depressão crônico
DET	Desenho-Estória com Tema
DICA-IV	The Diagnostic Interview for Children and Adolescents (Entrevista Diagnóstica para Crianças e Adolescentes)
DP	Desvio padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico
EADC	Escala de Avaliação de Depressão para Crianças
EB	Tipo de vivência
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FC	Forma-cor

GF	Grupo família
GI	Grupo instituição
M	Média
NIMH	Instituto Nacional de Saúde Mental
P	Probabilidade de associação entre variáveis
P-CHIPS	The Children's Interview for Psychiatric Syndromes version for parentes (Entrevista de Síndrome Psiquiátrica para crianças – versão para pais)
RIAP5-FE	Rorschach Interpretation Assistance Program 5 – Forensic Edition (Programa de Assistência na Interpretação do Rorschach 5 – Edição Forense)
S	Resposta de espaço
SATEPSI	Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos
SC	Sistema Compreensivo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Programa Estatístico para Ciências Sociais)
SumC'	Somatório de todos os determinantes de cor acromática
Sum V	Somatório de todos os determinantes vista
T	Textura pura
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
WsumC	Soma ponderada de todos os determinantes de cor
Y	Sombreado difuso puro
V	Vista pura

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1.	Artigos encontrados, artigos não pertinentes e artigos pertinentes de acordo com cada palavra-chave nas bases de dados.....	24
Tabela 2.	Distribuição quanto à região geográfica onde os estudos foram realizados.....	26
Tabela 3.	Distribuição quanto às áreas do conhecimento que pesquisaram sobre sintomas depressivos em crianças.....	27
Tabela 4.	Classificação dos estudos quanto aos objetivos investigados.....	28
Tabela 5.	Classificação quanto ao método de pesquisa utilizado nos estudos selecionados.....	32
Tabela 6.	Classificação quanto ao tipo de pesquisa utilizado nos estudos selecionados.....	33
Tabela 7.	Descrição quanto ao tamanho e as fases do desenvolvimento da amostra	
Tabela 8.	Discriminação do modo como foi coletado os dados em relação aos informantes.....	35
Tabela 9.	Relação dos instrumentos utilizados para avaliar sintomas depressivos em crianças.....	37
Tabela 10.	Perfil dos participantes em relação ao sexo e a idade.....	57
Tabela 11.	Classificação dos resultados do Raven Escala Especial e o nível de significância pelo Teste t, por grupo.....	58
Tabela 12.	Média, desvio padrão e teste t dos resultados do CBCL.....	58
Tabela 13.	Média, desvio padrão e teste t dos resultados do CDI, por grupo.....	59
Tabela 14.	Média, desvio padrão e teste t do tempo de acolhimento (meses).....	60
Tabela 15.	Média, desvio padrão e teste t dos itens do CDI que apresentaram diferença significativa entre os grupos.....	60
Tabela 16.	Correlação entre juízes em segmento de codificação do Rorschach SC (N=10 protocolos, número de respostas=248).....	61

Tabela 17.	Média, desvio padrão e teste t em relação as variáveis dos aspectos afetivos do Rorschach SC, por grupo.....	62
Tabela 18	Correlação entre a variável C do Rorschach, CDI pontuação, item 10 do CDI, Escala de Externalização e a subescala de Comportamentos Agressivos do CBCL.....	63
Tabela 19	Correlação entre a variável COP do Rorschach, pontuação no CDI, item 27 do CDI e as Subescalas de Comportamentos Externalizantes do CBCL (Comportamentos Agressivos e Quebra de Regras).....	64
Figura 1.	Evolução do número de publicações sobre sintomas depressivos em crianças no Brasil nos últimos dez anos (2004 a 2013).....	25
Figura 2.	Regiões geográficas da grande Goiânia onde as crianças em situação de acolhimento residiam antes do acolhimento.....	56

OLIVEIRA, L. M. M. (2014). Estudo de Sintomas Depressivos em Crianças Institucionalizadas. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás.

RESUMO

A presente dissertação está organizada em duas seções que têm como objetivo principal estudar sintomas depressivos em crianças institucionalizadas. A primeira seção consiste em uma revisão bibliográfica sistematizada a fim de analisar a produção científica acerca dos estudos que fizeram uso de instrumentos de avaliação dos sintomas depressivos em crianças no Brasil, nos últimos dez anos (2004 – 2013). Para isso, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde na área específica de Psicologia (BVS-PSI), utilizando as seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, Index Psi Revistas e Pepsic, utilizando diferentes combinações entre palavras-chave. Foram levantados no total, 28 artigos. Os resultados mostraram que os estudos foram realizados por diversas áreas do conhecimento e que predominou o método de pesquisa descritivo com análise quantitativa de dados. Considerável parte dos artigos teve como objetivo investigar os fatores que causam a depressão infantil (N=9, 32,1%) e sintomas relacionados a tal patologia (N=8; 28,6%). Foram encontrados 10 instrumentos diferentes que foram utilizados para avaliar sintomas depressivos em criança. O Inventário de Depressão infantil – CDI foi o instrumento de maior incidência e apresentou boa consistência interna nos estudos selecionados. A segunda seção trata-se de um artigo empírico que tem por objetivo analisar sintomas depressivos em crianças em situação de acolhimento institucional comparadas com crianças que vivem com suas famílias. Participaram deste estudo 50 crianças, do sexo masculino e feminino, com idades entre sete e 11 anos, sendo que 23 crianças residiam em instituições e 27 crianças residiam com suas famílias. Foram utilizados para avaliar a depressão infantil os seguintes instrumentos: CDI, CBCL e o Rorschach SC. Os resultados revelaram que as crianças institucionalizadas apresentavam mais sintomas depressivos, desconforto emocional, expressões afetivas mais imaturas e sem modulação, mais comportamentos agressivos e dificuldade em seguir regras. De maneira geral, as duas seções da Dissertação realçam a importância de se considerar aspectos psicológicos que influenciam no surgimento, na sintomatologia e na investigação da depressão infantil.

Palavras-chave: sintomas depressivos; criança; depressão infantil; acolhimento institucional.

ABSTRACT

The present essay is organized in two sections, which main target is studying child depression in institutionalized children. The first section consists of a systematic bibliographic review to examine or analyze the scientific production, concerning the studies where assessments tools were used to evaluate child depression. To make it possible, a search in the following national and international database files, of ten years, was made. (September 2003 to August 2013.) Virtual Library in Health- BVS – Psi Scielo, Lilacs, and Index Psi Magazines, and the Science Direct, using different combination between key-words. A total of sixty-four articles were brought up. The results show that 40,6% (N=26) of studies were made in Brazil, The studies were made in several knowledge areas and also, that the transversal design research with quantitative analyzes of data, prevailed. Great part of the articles had the objective of investigating the leading factors of child depression cause. (39,1%, N=25) and the co morbidity related to such pathology (25%, N=16). Twenty-six different instruments to analyze child depression were found. The Child Depression Inventory – CDI was the instrument of major incidence and presented good intern consistency with the selected studies. The second section is about an empiric article which has as target analyzing depressive symptoms in institutionalized sheltered children, compared to children living with their families. Fifty male and female children were part of this study; they were between the age of 7 and 11 years old. Twenty-three of these children lived in institutions/shelter and twenty-seven lived with their families. To analyze children depression, the following instruments or resources were used; CDI, CBCL and the Rorschach-SC. The results revealed that institutionalized children are more depressive, present more emotional distress, have affective expression with no modulation, are immature and inopportune, they also have more aggressive behavior and present difficulty in following rules. In general both sections of this summary bring up the importance of considering psychological aspects that influence in the appearing, the symptoms and investigation of child depression.

Key words: depression; symptoms; child; childhood depression; institutional care.

INTRODUÇÃO

Este trabalho intitulado “Estudo de sintomas depressivos em crianças institucionalizadas” tem o propósito de consolidar a conclusão do curso de mestrado, inserido no programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na linha de pesquisa Psicopatologia Clínica e da Saúde.

O interesse em estudar sintomas depressivos em uma população tão específica como às crianças que vivem em instituições de acolhimento foi despertado com o ingresso da pesquisadora em umas dessas instituições como profissional da Psicologia. Essas instituições são destinadas a acolher e proteger crianças e adolescentes que tiveram seus direitos ameaçados ou violados (art. 5º ECA) seja por omissão da sociedade ou do Estado; por falha, omissão ou abuso dos pais ou responsável; ou em razão de sua conduta (art.98, incisos I, II e III, ECA).

A pesquisadora percebeu que com o passar dos dias dentro da instituição de acolhimento as crianças apresentavam tristeza, desânimo, irritação, agitação, dificuldade em seguir regras, baixa autoestima, agressividade, raiva, baixo rendimento escolar, extrema carência, e algumas crianças apresentavam enurese. Era como se suas emoções tivessem sendo conduzidas em uma montanha russa, num sobe e desce desenfreado, expressadas por comportamentos que, na maioria das vezes, chamavam a atenção por perturbar o ambiente. Muitas vezes, essas crianças eram rotuladas de desobedientes, hiperativas, agressivas e até preguiçosas quando estavam desanimadas. Diante disso, começaram a surgir algumas indagações entre os membros da equipe técnica: seria plausível depressão? Quando se fala de depressão associa-se a patologia grave a tristeza profunda e anedonia constantes, então o que justificaria os comportamentos de extrema agitação e agressividade? Será que a depressão infantil pode manifestar-se de forma diferente nas crianças? E a enurese? Então nasce o interesse em pesquisar sintomas depressivos em crianças e em específico, nesta população!

Quando se trata de crianças institucionalizadas, vários autores (Marujo, 1994; MacLean, 2003; Marcelli, 2005; Pracana & Santos, 2010) concordam que as inadequações na forma como se estabeleceram às relações e o contato afetivo com os progenitores, as circunstâncias de perda ou separação, assim como o mau-trato, a negligência, o abandono, ou situações de carência parental podem ser aspectos centrais no processo de desenvolvimento da patologia depressiva. Assim, praticamente todas as situações que

conduzem à institucionalização deixam em aberto a hipótese de ser possível encontrar sintomatologia depressiva significativa nas crianças acolhidas.

No entanto, a institucionalização de crianças, mesmo sendo analisada como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos nessa faixa etária, não conduz necessariamente a esta psicopatologia. Vários aspectos interferem na maior ou menor predisposição para a criança institucionalizada desenvolver uma depressão. Dentre esses aspectos destacam-se: a idade cronológica e período do desenvolvimento da criança, o tipo de vínculo afetivo prévio entre a criança e os seus pais, as experiências anteriores de separação que tenha vivido, o afastamento da família, a preparação da criança para esse afastamento, a mensagem recebida no momento da separação, as condições do ambiente do qual é retirada e do novo ambiente em que se insere, a duração da institucionalização e os cuidados diferenciados que a criança recebeu no meio institucional e, ainda, a personalidade da criança, com seu temperamento e as estruturas psicológicas prévias desenvolvidas para o enfrentamento de situações adversas (Alberto, 2003; MacLean, 2003; Damião da Silva, 2004; Zurita & del Valle, 2005; Marques, 2006; Pracana & Santos, 2010).

Observou-se que existem poucos estudos empíricos sobre sintomas depressivos em crianças em acolhimento institucional, e que vários deles apontaram que essas crianças apresentavam mais sintomas de depressão em comparação com crianças que não viviam no meio institucional e que foram sujeitas a maus-tratos (Valencia, Torres, Vázquez & Dominguez, 1993; Ahmad & Shuriquie, 2001; Shechory & Sommerfield, 2007; Abaid, 2008). Os autores ainda destacam que são necessárias mais pesquisas sobre o desenvolvimento de programas para preparar profissionais de saúde para prevenir, diagnosticar e lidar com a depressão na infância.

Este estudo ater-se-á a sintomatologia do transtorno depressivo maior por representar a condição clássica dentre os transtornos descritos nesta categoria diagnóstica. Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, DSM 5 (APA, 2014), o transtorno depressivo maior indica um estado de humor bastante deprimido na maior parte do dia, acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades diárias, mudanças significativas no apetite e no peso ou perda muito perceptível de energia, padrões de sono alterados (insônia ou hipersonia), agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sintomas de menos-valia ou de culpa excessiva ou inapropriada, indecisão ou capacidade reduzida de pensar ou de se concentrar, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida e até tentativa de suicídio.

Para receber esse diagnóstico, o humor deprimido ou anedonia tem que ocorrer no período de no mínimo duas semanas juntamente com mais quatro dos sintomas mencionados acima. Além disso, esse conjunto de sintomas tem que causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2014).

Quando se trata de crianças, este manual aponta que o transtorno depressivo maior mais comumente se caracteriza pelo humor irritável ou rabugento, em vez de humor triste ou abatido. Pode-se notar também o insucesso em obter ganho de peso esperado para a idade, dificuldade de concentração que pode acarretar em queda abrupta no rendimento escolar e ansiedade de separação.

Gouveia e Gouveia (2013) salientam que a interpretação dos sintomas depressivos na infância é particularmente problemática, sobretudo em razão da controvérsia sobre a sua existência, prevalência, manifestação e seu diagnóstico como distúrbio pediátrico. Existem estudiosos do tema que sustentam que a depressão em crianças e adultos é semelhante, mas por outro lado, outros defendem que a depressão trata-se de entidades psiquiátricas distintas nessas duas faixas etárias. Estes dois pontos de vistas estão explicitados a seguir.

Por um prisma, muitos pesquisadores concordam que a depressão é fundamentalmente semelhante em crianças e adultos (Scivoletto, Nicastrì & Zilberman, 1994; Barlow & Duran, 2008). Gaffrey, Belden e Luby (2011), relatam a necessidade de adotar com bastante cautela o requisito estrito de duas semanas de duração dos sintomas quando se trata dessa faixa etária, pois é normal o humor flutuar nessa idade tão jovem. Muitas crianças ainda não diagnosticadas com esse transtorno poderiam se beneficiar de uma atenção clínica maior, bem como correr menos risco de ter prejuízos relacionados a esta enfermidade no futuro, se esse requisito das duas semanas fosse usado para diferenciar níveis do problema ao invés de constituir um critério diagnóstico. Da mesma forma, se essas crianças têm claramente o sintoma central de tristeza, irritabilidade e anedonia, então, um total de quatro sintomas em vez de cinco parece o suficiente (Luby, 2003).

Por outro lado, outros autores concordam que os sintomas podem ser parecidos, mas o processo subjacente é diferente e trata-se de entidades psiquiátricas distintas. Do ponto de vista etiológico, os transtornos depressivos da criança não são semelhantes aos dos adultos (Cunha, Buzaid, Watanabe & Romano, 2005; Huttel, Kixiner, Bonetti & Rosa, 2011). Versiani, Reis e Figueira (2000) sustentam que os sintomas depressivos na infância variam com a idade, de acordo com o processo de maturação das diferentes fases do

desenvolvimento nos sintomas e nos comportamentos depressivos, existindo uma caracterização fenomenológica predominante por faixa etária.

Calderaro e Carvalho (2005) afirmam que a depressão não é doença apenas na criança quieta e desanimada. As manifestações da doença podem estar também na criança agressiva e agitada. Porém quando se trata de criança fica mais difícil perceber tal patologia, pois os sintomas depressivos manifestam-se muitas vezes de maneira encoberta sob a forma de outros sintomas, sendo os mais frequentes: o déficit de atenção e/ou hiperatividade, agressividade, medo, distúrbios do sono e baixo rendimento escolar. Ainda podem estar associados à depressão infantil sintomas somáticos como cefaleia, dores abdominais e diarreia.

Essa diversidade de sintomas com diferentes formas de manifestações e a limitação da criança em descrever seus sentimentos verbalmente (Baptista & Golfeto, 2000) dificulta a realização do diagnóstico da depressão infantil com precisão. Outro fator que pode dificultar a realização de tal diagnóstico em crianças é a falta de instrumentos padronizados específicos para essa faixa etária.

Segundo a literatura (Gouveia & Gouveia, 2013), existem diferentes estratégias para conhecer se a criança apresenta depressão: entrevista-las diretamente, obter informações de seus pais ou responsáveis e de pessoas que possam ter um papel de destaque em sua vida como avós, tios e/ou professores, observar seu comportamento durante atividades diversas como em situação de contato social, quando é requerida a demonstração de afetos e/ou em contextos solitários, além de empregar questionários, inventários de auto-relatos e testes projetivos.

Sendo assim, este estudo parte do pressuposto de que os sintomas depressivos na infância apresentam características semelhantes aos sintomas depressivos no adulto, porém com manifestações comportamentais diferentes. Portanto, para realizar a investigação destas manifestações, baseou-se em situações de testagem psicológica por meio de um instrumento de autorrelato (CDI), um instrumento respondido por terceiros (CBCL) e um instrumento projetivo (Método de Rorschach SC) para avaliar a ocorrência de sintomas depressivos e comportamentais em crianças que vivem em situação de acolhimento institucional.

O instrumento de autorrelato permite a criança expressar, de acordo com o seu próprio julgamento, como ela pensa, sente e se comporta diante de uma situação geralmente simples e familiar. Além disso, esses instrumentos oferecerem informações muitas vezes não disponíveis nos relatos de outros informantes. Por outro lado, essas

informações das medidas de autorrelato são limitadas ao que a criança é capaz de dizer sobre si. Isso depende de sua capacidade cognitiva, de sua motivação para responder e do quanto consciente elas estão de suas características e comportamentos (Measelle, John, Ablow, Cowan & Cowan, 2005; Meyer & Kurtz, 2006).

O instrumento de heterorrelato propicia a criança ser avaliada de acordo com o ponto de vista de um adulto que convive com ela. O adulto dispõe de recursos verbais mais desenvolvidos do que a criança, que por sua vez se encontra em processo de formação, e as descrições que ela faz de si nem sempre são confiáveis (Rothbart, Ahadi & Evans, 2000). Os pais, por sua vez, são considerados os informantes por excelência da personalidade das crianças, pois são capazes de observar uma variedade de comportamentos em diferentes situações e por longo intervalo de tempo, tendo acesso a comportamentos que, para outros, podem parecer infrequentes (Rothbart & Bates, 1998). O relato de professores ou cuidadores é também bastante utilizado desde que interajam por um período de tempo considerável com as crianças. Assim, eles possuem um amplo referencial com base no qual respaldam suas respostas (Laidra, Allik, Harro, Merenakk & Harro, 2006).

O instrumento projetivo por sua vez, se fundamenta na observação de como a criança executa a tarefa que é definida por ela mesma, com poucos limites de como deve ser feita. Uma vantagem desse instrumento é que, devido à metodologia indireta que emprega, ele é mais propenso para revelar características de personalidade que a criança não reconhece plenamente em si ou hesita em admitir quando questionada sobre elas diretamente. Ou seja, o instrumento projetivo pode complementar as informações levantadas pelos instrumentos de autorrelato e heterorrelato (Weiner & Greene, 2008).

Diante da diversidade de informações que esses instrumentos podem levantar, muitos autores contemporâneos recomendam uma abordagem integrada entre os diferentes tipos de medidas psicológicas para uma melhor compreensão do fenômeno investigado (Meyer, Finn, Eyde, Kay, Moreland, Eisman, Kubiszyn & Reed, 2002; Beutler & Groth-Marnat, 2003; Weiner, 2005). Ou seja, o uso de três instrumentos com propósitos de avaliação diferenciados permitirá dar um panorama geral do funcionamento psíquico das crianças institucionalizadas no que diz respeito aos aspectos afetivos de forma que o resultado de um instrumento complementa os resultados dos outros.

Diante do panorama de avaliação de sintomas depressivos em crianças descrito anteriormente, a presente dissertação foi dividida em dois estudos que serão apresentados em forma de artigo.

O Capítulo I apresenta o primeiro artigo intitulado “Avaliação de sintomas depressivos em crianças: Um estudo de revisão sistemática”, que teve como objetivo analisar a produção científica acerca de investigações que fizeram uso de instrumentos de avaliação de sintomas depressivos em crianças, no Brasil. Nesse sentido, buscou-se verificar quais aspectos da sintomatologia depressiva em crianças têm sido estudados, quais instrumentos têm sido utilizados e como a avaliação é realizada. Para alcançar este objetivo, fez-se uma revisão sistemática de artigos sobre sintomas depressivos em crianças, publicados nos últimos dez anos (2004 a 2013) no Brasil, indexados na Biblioteca Virtual em Saúde – Psi (BVS-Psi) onde foram considerados os resultados das seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, Index Psi Revistas e Pepsic. Os descritores pesquisados foram: “*depression e child*” (depressão e criança), “*depressive symptoms e child*” (sintomas depressivos e criança), e “*Childhood depression*” (depressão infantil). Dos 1088 estudos encontrados, 28 preencheram os critérios de elegibilidade por serem estudos brasileiros que utilizaram em sua metodologia, instrumento para avaliar sintomas depressivos em crianças. Ao analisar a literatura científica brasileira sobre a avaliação de sintomas depressivos na infância, foram encontrados 10 instrumentos diferentes que foram utilizados para avaliar esses sintomas, entre eles: inventários, entrevistas diagnósticas e testes projetivos. Há de se dar um merecido destaque para o Inventário de Depressão Infantil – CDI, que foi utilizado em 21 (75%) do total de estudos selecionados. Os resultados encontrados em relação a este instrumento demonstraram que o CDI apresentou boa consistência interna, que tem validade para discriminar sintomas depressivos em crianças e que é, portanto, um bom instrumento para avaliar tal sintomatologia.

O Capítulo II apresenta o segundo artigo intitulado “Estudo comparativo de sintomas depressivos em crianças sob situação de acolhimento institucional” que teve como objetivo verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre crianças em situação de acolhimento institucional (Grupo Instituição - GI) e crianças não institucionalizadas, provenientes de um grupo socioeconômico semelhante às crianças do GI (Grupo Família) no que diz respeito aos sintomas avaliados por meio do CDI, do CBCL e do Método de Rorschach SC. Os resultados demonstraram que as crianças institucionalizadas apresentaram mais sintomas depressivos no CDI; mais comportamentos de retraimento/depressão e mais comportamentos externalizantes como dificuldade no seguimento de regras e comportamentos agressivos no CBCL; e por meio do Rorschach SC, demonstraram mais desconforto emocional, expressões afetivas mais imaturas e sem modulação quando comparadas com as crianças que vivem com suas famílias.

Ao final do estudo é apresentada uma discussão realçando a importância de se considerar aspectos psicológicos que influenciam na sintomatologia e na investigação da depressão infantil.

REFERÊNCIAS

- Abaid, J. L. W. (2008). *Vivências adversas e depressão: Um estudo sobre crianças e adolescentes institucionalizados* (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil).
- Ahmad, T., & Shuriquie, N. (2001). Psychological sequelae of emotional abuse in institutionalized children. *Arab Journal of Psychiatry*, 12, 36-42.
- Alberto, I. (2003). “Como pássaros em gaiolas”? Reflexões em torno da institucionalização. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Eds.), *Violência e vítimas de crimes* (pp. 223-244). Coimbra: Quarteto Editora.
- American Psychiatric Association - APA (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5*. Porto Alegre: artimed, 5ª edição.
- Baptista, C. A. & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5), 253-255.
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2008). Transtornos de humor e suicídio. In: *Psicopatologia – Uma abordagem integrada*. Cengage Learning, 237-297.
- Beutler, L. E., & Groth-Marnat, G. (2003). *Integrative assessment of adult personality* (2ª Ed.). New York: Guilford.
- Calderaro, R. S. S & Carvalho, C. V. (2005). Depressão na infância: Um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 181-189.
- Cunha B. F.V., Buzaid, A., Watanabe, C. E. ,& Romano, B. W. (2005). Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 15 (3 Supl. A), 1-8.
- Damião da Silva, M. H. (2004). Crianças e jovens a cargo de instituições: Riscos reversíveis e irreversíveis. In M. H. Damião da Silva, A. Castro Fonseca, L. Alcoforado, M. M. Vilar, M. C. Vieira (Eds.), *Crianças e jovens em risco: Da investigação à intervenção* (pp. 83-114). Coimbra: Almedina.
- Estatuto da Criança e do Adolescente*, lei 8.069, de 13 d julho de 1990 atualizado com a Lei Nacional da Adoção (Lei 12.010, de 03.08.2009).
- Gaffrey, M. S.; Belden, A. C. & Luby, J. L. (2011). The 2-week duration criterion and severity and course of early childhood depression: Implications for nosology. *Journal of affective disorders*, 133(3), 537-545.
- Gouveia, R. S. V. & Gouveia, V. V. (2013). Instrumentos para avaliar a depressão infanto-juvenil. In: *Depressão na infância e adolescência - conceituação, medida e tratamento*. Editora Vetor: 1ª edição, 49-64.

- Gouveia, R. S. V. & Gouveia, V. V. (2013). Sintomatologia e Diagnóstico da depressão infantil. In: *Depressão na infância e adolescência - conceituação, medida e tratamento*. Editora Vetor: 1ª edição, 41-48.
- Huttel, J., Kisxiner, K. A., Bonetti R. A., & Rosa, M. I. P. D. (2011). A depressão infantil e suas formas de manifestação. *Psicologia Argumentos*, 29 (64), 11-22.
- Laidra, K., Allik, J., Harro, M., Merenäkk, L. & Harro, J. (2006). Agreement Among Adolescents, Parents, and Teachers on Adolescent Personality. *Assessment*, 13(2), 187- 196.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884.
- Marques, R. (2006). *Crianças acolhidas em lar residencial: Representações de vinculação, desenvolvimento, competências sociais e comportamento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Marujo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Dissertação de Doutorado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Measelle, J. R., John, O. P., Ablow, J. C., Cowan, P. A. & Cowan, C. P. (2005). Can Children Provide Coherent, Stable, and Valid Self-Reports on the Big Five Dimensions? A Longitudinal Study from Ages 5 to 7. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(1), 90-106.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszyn, T. W., & Reed, G. M. (2002). Amplifying issues related to psychological testing and assessment. *American Psychologist*, 57, 140-141.
- Meyer, G. J., & Kurtz, J. E. (2006). Guidelines Editorial - Advancing personality assessment terminology: Time to retire "objective" and "projective" as personality test descriptors. *Journal of Personality Assessment*, 87, 223-225.
- Pracana, S. M., & Santos, S. V. (2010). Depressão em crianças e adolescentes em acolhimento institucional: Caracterização e relação com variáveis do acolhimento. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp. 721-735). Braga: Universidade do Minho.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. & Evans, D. E. (2000). Temperament and Personality: Origins and Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122-135.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. Em: W. Damon & N. Eisenberg (Org.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 105-176).
- Scivoletto, S.; Nicatri, S. & Zilberman, M. L. (1994). Transtorno depressivo na adolescência: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 51(9), 1211-28.

- Shechory, M., & Sommerfield, E. (2007). Attachment style, home-leaving age and behavioral problems among residential care children. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 361-373.
- Valencia, M., Torres, A., Vázquez, A. & Dominguez, M. D. (1993). La depresión en los niños tutelados. *Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil*, 4, 239-242.
- Versiani, M.; Reis, R. & Figueira, I (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49(10-12), 367-82.
- Zurita, J. F. & del Valle, J. F. (2005). Acogimiento residencial. In J. P. Ochotorena & M. I. Madariaga (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 409-470). Barcelona: Masson.
- Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2008). *Handbook of personality assessment*. New York: Wiley.

CAPÍTULO I

RESUMO

Avaliação de Sintomas Depressivos em Crianças: Um estudo de Revisão Sistemática

O presente estudo objetivou analisar a produção científica, por meio de uma revisão bibliográfica sistemática, sobre os instrumentos utilizados para avaliar sintomas depressivos em crianças no Brasil. Para isso, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde na área específica de Psicologia (BVS-PSI), utilizando as seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, Index Psi Revistas e Pepsic. As palavras-chave investigadas foram: depressão, sintomas de depressivos, criança e depressão infantil. Foram levantados 28 estudos considerando os últimos dez anos (2004 – 2013). A análise desse material indicou que os principais objetivos dos estudos foram: investigar os fatores que propiciam o desenvolvimento da sintomatologia depressiva na infância (N=9; 32,1%), investigar sobre a sintomatologia da depressão infantil (N=8; 28,6%) e estudos sobre aspectos psicométricos dos instrumentos (N=6; 21,4 %). Foram citados 10 instrumentos sendo que destes, sete (70%) têm como propósito a triagem (o levantamento) da severidade dos sintomas depressivos, a grande maioria destes instrumentos (N=7; 70%) avalia a saúde mental geral incluindo sintomas depressivos e apenas dois instrumentos são destinados somente à criança - EADC e CDRS-R. O Inventário de Depressão Infantil – CDI foi o instrumento mais utilizado (N=21; 75%) do total de estudos selecionados. Os achados ampliaram o conhecimento sobre os instrumentos que estão sendo mais utilizados para avaliar sintomas depressivos em crianças no Brasil, bem como o reconhecimento da importância sobre o desenvolvimento de mais estudos sobre essa temática.

Palavras-chave: depressão; sintomas depressivos; criança; depressão infantil.

ABSTRACT

Assesment of Depressive Symptomts in Children: A study of Systematic Review.

The present study aimed to analyze the scientific production, through a bibliographic systematic review, about the instruments used to asses depressive symptoms in children in Brazil. To reach it, a search was made in the Virtual Health Library in the specific area of Psychology. (BVS-PSI), using the following databases: Scielo, Lilacs, Index Psi Magazines e Pepsic. The key words investigated were: depression, depressive symptoms, child, and childhood depression. Twenty eight considered studies in the last ten years were brought up (2004 - 2013). This material analysis indicated that the main target of the studies were: to investigate the leading factors that provide the development of depressive symtoms in the childhood (N=9;32,1%), to investigate about the symptomatology of child depression (N=8; 28,6%) and studies on psychometric instruments (N=6; 21,4%). Ten tools/instruments were quoted and of these,seven (75%) of them have the purpose to screening the severity rating of depressive symptoms, most of these tools (N=7; 70%) evaluate the general mental health, including depressive symptoms, and only two instruments are intended only for children. - EADC and CDRS-R. The inventory of Child Depression - CDI was the most used instrument (N=21; 75%) of the selected studies. The findings expanded the knowledge about the instruments that are being used the most, to evaluate depressive suymptoms depressive in children in Brazil, as well as the acknowledgment of the importance about the development of more studies about this theme.

Key words: depression; depressive symptoms; child; childhood depression.

INTRODUÇÃO

O construto depressão pode ser empregado para definir diferentes níveis de manifestações, que vão desde um sentimento de tristeza até o diagnóstico de um transtorno de humor (Bahls, 1999, 2002; Del Porto, 1999; Lima, 2004). A depressão apresenta-se hoje como o mal do século e constitui um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Segundo a Organização Mundial de Saúde, no segundo milênio será a segunda moléstia que mais roubará tempo de vida útil da população, e estima-se que até o ano de 2020 será a segunda causa geradora de sobrecarga na população, só perdendo para as doenças cardíacas (Bahls, 1999; Huttel, Kisxiner, Bonetti & Rosa, 2011).

Desde o século XVIII a depressão tem sido observada em crianças. Entretanto, até a década de 1960, a depressão infantil não era considerada como um distúrbio diagnosticável nessa faixa etária (Nakamura & Santos, 2007). Certamente diversos fatores contribuíram para o não reconhecimento desta patologia na tenra idade. Dentre eles, destacam-se: a falta de instrumentos para mensurar a depressão infantil; as preocupações mais materialistas que predominaram acerca dos infantes nos séculos anteriores - tais como o combate à mortalidade, ao trabalho escravo, aos maus tratos, à prostituição, à desnutrição e o abandono de crianças, além da necessidade de promover o registro civil nessa idade; as compreensões psicanalíticas de que a depressão seria um fenômeno acoplado ao superego, concebido como ainda não internalizado na criança e, portanto, ela não poderia desenvolver um estado depressivo; a visão de que faltava à criança um desenvolvimento cognitivo ou uma estrutura de personalidade madura que a possibilitasse identificar e verbalizar sua dor moral e afetiva e, portanto, não saberia expressar adequadamente o que sentia (Coutinho, 2001; Malhota & Das, 2007; Gouveia & Gouveia, 2013).

Weissman (1987) reconhece que a epidemiologia psiquiátrica progrediu com intensidade no período posterior a Segunda Guerra Mundial, entre os anos de 1950 e 1960. A partir de então, promoveu-se uma aproximação da prática clínica e dos estudos epidemiológicos, apoiando-se em razão de alguns avanços metodológicos como critérios e diagnósticos específicos; aumento da precisão diagnóstica; e métodos padronizados para avaliar sinais e sintomas de distúrbios psiquiátricos. Esse avanço foi consolidado com a construção de manuais de diagnósticos como, por exemplo, as versões que se produziram do Código Internacional de Doenças - CID e do Manual de Diagnóstico de Sintomas - DSM (Lanczik & Bechmann, 1991).

Segundo Black (1987), outros progressos científicos surgiram para contribuir para o reconhecimento da depressão infantil como doença: a psicopatologia do desenvolvimento permitiu um entendimento do desenvolvimento normal e desviante de expressões afetivas e foram introduzidas definições operacionais de distúrbios psiquiátricos. Há uma preocupação de que a depressão infantil deva ser compreendida a partir das especificidades do desenvolvimento cognitivo infantil (Pereira, 2007).

Destacam-se também, em 1970, a realização do 4º Congresso da União dos Pedopsiquiatras, em Estocolmo, com o tema “Estados depressivos na infância e na adolescência”; Weinberg e colaboradores (1973, citados por Gouveia e Gouveia, 2013), foram os primeiros a empregar critérios diagnósticos para reconhecer a depressão entre crianças de 6 e 12 anos de idade. Nesta mesma década, mais precisamente em 1975, o Instituto Nacional de Saúde Mental do EUA (NIMH) oficialmente reconheceu a existência da depressão em crianças e aceitou a depressão infantil como um conceito e uma entidade psicopatológica (Bahls, 2002; Gouveia & Gouveia, 2013). Com Kovacs e Beck, em 1977, a depressão infantil passou a ser considerada, de fato, uma entidade sindrômica, com critérios clínico, psicológico e biológico próprios da fase do desenvolvimento (Coutinho, 2001).

Os anos 80 representaram um cenário para que vários pesquisadores procurassem definir um conjunto consistente de critérios diagnósticos para depressão infantil. Foi publicada em 1981, a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM III), com um capítulo dedicado exclusivamente aos transtornos mentais em crianças e adolescentes. Foi neste cenário de evolução científica mundial que surgiu o primeiro estudo de depressão infantil em território nacional intitulado “Depressão na infância e adolescência – aspecto sociais” que teve como objetivo explorar os comportamentos depressivos de uma criança de nove anos dentro de uma perspectiva psicodinâmica e psicossocial (Barbosa, 1987).

As décadas de 1980 e 1990 experimentaram avanços substanciais com relação aos critérios diagnósticos da depressão infantil desenvolvendo medidas específicas da depressão na infância como o Inventário de Depressão Infantil de Kovacs (1983). Ainda assim, avaliar a depressão infantil não ficou tarefa fácil devido à dificuldade de interpretação de seus sintomas, sobretudo em razão da controvérsia sobre sua existência, prevalência, manifestação e seu diagnóstico como distúrbio psiquiátrico pediátrico. (Schoenbach, 1983).

Como mostra a literatura, existem diferentes estratégias para investigar a depressão em crianças: entrevistá-la diretamente, obter informações de seus pais ou responsáveis e de pessoas que possam ter um papel de destaque em sua vida (por exemplo, avós, tios, professores, cuidadores), realizar observação de seus comportamentos durante atividades diversas (em contextos solitários, em situação de contato social) e empregar questionários ou inventários de autorrelato (Gouveia e Gouveia, 2013).

Na literatura internacional, instrumentos de avaliação da depressão em adultos, adolescentes e crianças são mencionados e bastante utilizados na pesquisa e na clínica. As escalas sobre depressão visam auxiliar no diagnóstico dos sintomas depressivos e também em pesquisas científicas. Além disso, permite a verificação da severidade dos sintomas ajudando no planejamento do tratamento dos casos clínicos (Pereira, 2007).

O presente estudo buscou analisar a produção científica, por meio de uma revisão bibliográfica sistemática, acerca dos instrumentos mais utilizados para avaliação de sintomas depressivos em crianças. Os estudos com essa finalidade visam discutir e analisar a produção acadêmica, bem como buscar responder que aspectos, dimensões e contextos vêm sendo destacado nas investigações, o que contribui para ampliação do conhecimento e para delineamentos de pesquisas posteriores (Joly, Berberian, Andrade & Teixeira, 2010).

Quanto à investigação dos sintomas depressivos em crianças, variados métodos tem sido utilizado, com diferentes instrumentos e critérios diagnósticos (Dell’Aglia & Wathier, 2007). Diante da especificidade que a depressão infantil apresenta, o presente estudo tem como objetivo geral levantar e analisar a produção científica, nos últimos dez anos, acerca de estudos científicos que fizeram uso de instrumentos para avaliação de sintomas depressivos em crianças no Brasil.

Os objetivos específicos serão: levantar a quantidade de estudos na área considerando os anos de publicação, as regiões geográficas onde os trabalhos foram realizados e as áreas científicas que pesquisaram sobre sintomas depressivos em crianças; classificar os estudos quanto aos seus objetivos e quanto à metodologia utilizada em relação ao método de pesquisa, ao tipo de pesquisa, à quantidade e fase do desenvolvimento da amostra, em relação ao modo como os sintomas depressivos em crianças estão sendo avaliados em relação aos informantes, quais instrumentos e que tipo de instrumentos está sendo utilizados no Brasil, além de discutir as características do instrumento cujo uso foi mais frequente nos artigos selecionados.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica sistemática, o qual utiliza métodos explícitos e sistematizados de busca na literatura científica, com a realização de síntese e apreciação crítica das informações selecionadas (Sampaio & Mancini, 2007).

Materiais

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica sistemática, operacionalizada mediante a busca eletrônica de artigos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde-Psi (BVS-Psi), a qual reúne diversas bases de dados abrangendo a produção científica em Psicologia no Brasil e na América Latina nos últimos vinte anos. Para este estudo foram considerados os resultados das seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, Index Psi Revistas e Pepsic.

Procedimento

A busca foi realizada durante o período de fevereiro a maio de 2014. Foram utilizados os seguintes descritores para fazer a busca dos trabalhos: “*depression e child*” (depressão e criança), “*depressive symptoms e child*” (sintomas depressivos e criança), e “*childhood depression*” (depressão infantil).

Optou-se pela utilização dos termos mencionados acima devido sua frequente incidência na literatura científica ao abordar o tema desse estudo. A amostra de artigos compreendeu somente estudos publicados em periódicos e foi realizado um levantamento preliminar por meio da leitura dos resumos considerando os critérios de inclusão e exclusão expostos a seguir. Os critérios de inclusão para o estudo foram: a) estar nas bases de dados consultadas; b) o estudo ter sido realizado no Brasil; c) ter sido publicado nos últimos dez anos (2004 a 2013); d) artigos com objetivo de estudar sintomas depressivos em crianças por meio de instrumento de avaliação. E o critério de exclusão foi: a) ser reincidente nos bancos de dados, ou seja, cada estudo foi contado e analisado uma única vez.

Em seguida, os artigos que permaneceram, considerando os critérios estabelecidos, foram recuperados na íntegra e classificados de acordo com as seguintes dimensões de análise: 1) quantidade de estudo de acordo com dados demográficos (ano de publicação, as regiões geográficas e áreas do conhecimento científico); 2) objetivos: a) estudos relacionados a fatores que facilitam o desenvolvimento da depressão infantil; b) estudos sobre a sintomatologia da depressão infantil; c) estudos sobre os parâmetros psicométricos

dos instrumentos de avaliação de depressão infantil (construção, validade, fidedignidade e normatização); e d) estudos sobre depressão infantil em comorbidade com outra patologia; 3) metodologia dos artigos quanto ao: a) método da pesquisa e o tipo de estudo; b) tipos de informantes dos dados; c) amostras de cada estudo em relação à quantidade e fase de desenvolvimento; d) levantamento dos instrumentos que foram utilizados em cada estudo e suas características (objetivo, foco e público alvo).

Desse modo, os artigos revisados constituíram as fontes primárias de conhecimento sobre a avaliação de sintomas depressivos em crianças. Devido aos critérios utilizados pelas bases de dados consultadas, acredita-se que foram englobados todos os artigos que fizeram uso de instrumentos para avaliar tal sintomatologia. Os trabalhos categorizados desta maneira compuseram o corpus da revisão elaborada através de uma análise descritiva e quantitativa da amostra bibliográfica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o levantamento de artigos nas bases de dados reunidas pela BVS PSI (Scielo, Lilacs, Index Psi Revistas e Pepsic) foram encontrados ao todo 1088 artigos, sendo que 674 com os descritores “*depression e child*” (depressão e criança), 231 artigos com os descritores “*depressive symptoms e child*” (sintomas depressivos e criança), e 183 artigos com os descritores “*childhood depression*” (depressão infantil) como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Artigos encontrados, artigos não pertinentes e artigos pertinentes de acordo com cada palavra-chave nas bases de dados.

Período	Base de Dados	Palavra-chave	Artigos encontrados		Artigos Não pertinentes		Artigos Pertinentes	
			N	%	N	%	N	%
Fev a Maio	"Depression" e "Child"	Scielo	100	100	90	90	10	10
		Lilacs	500	100	475	95	25	5
		Index Psi Revistas	40	100	30	75	10	25
		Pepsic	34	100	30	88	4	12
		Subtotal	674	100	625	93	49	17
	"Depressive Symtoms" e Child	Scielo	21	100	17	81	4	19
		Lilacs	196	100	174	89	22	11
		Index Psi Revistas	5	100	1	25	4	75
		Pepsic	9	100	5	55	4	45
		Subtotal	231	100	197	85	34	15
	"Childhood depression"	Scielo	43	100	38	88	5	12
		Lilacs	117	100	109	93	8	17
		Index Psi Revistas	11	100	10	91	1	9
		Pepsic	12	100	10	83	2	17
		Subtotal	183	100	167	91	16	9
Total do acervo bibliográfico selecionado			1088	100	989	91	99	9

Dos 1088 artigos encontrados, 989 foram excluídos sendo que 956 artigos eram repetidos ou não eram pertinentes ao tema (estudos sobre depressão materna, depressão pós-parto, depressão em adolescentes, depressão em idosos, estudos cujo foco é o tratamento e não o diagnóstico da depressão, estudos de fatores genéticos e fisiológicos da depressão e farmacologia da depressão), 13 não foram realizados no Brasil e 20 estudos não mencionavam no resumo nenhuma forma de avaliação de sintomas depressivos em crianças por meio de instrumentos. Restaram 99 artigos, sendo que destes, 71 eram reincidentes. Portanto foram selecionados 28 artigos que serão categorizados a seguir.

Infere-se que a grande discrepância entre o número de artigos encontrados inicialmente e a quantidade final de referências consideradas para este estudo ocorreu devido aos critérios bem específicos de inclusão e exclusão, foca em estudos que objetivaram estudar sintomas depressivos em crianças e que utilizaram em sua metodologia instrumentos para avaliar tais sintomas. O número reduzido de produção de estudos sobre este tema é um dado que torna o presente estudo *sui generis*, fato que revela a necessidade de ampliar o conhecimento nesta área tão específica de avaliação de sintomas depressivos em crianças no Brasil.

I. Classificação quanto aos dados demográficos

Quanto ao ano de publicação, os estudos foram distribuídos conforme mostra o gráfico. Diante do levantamento bibliográfico realizado entre 2004 a 2013, observa-se uma variação em relação à publicação de artigos referente a sintomas depressivos em crianças no Brasil.

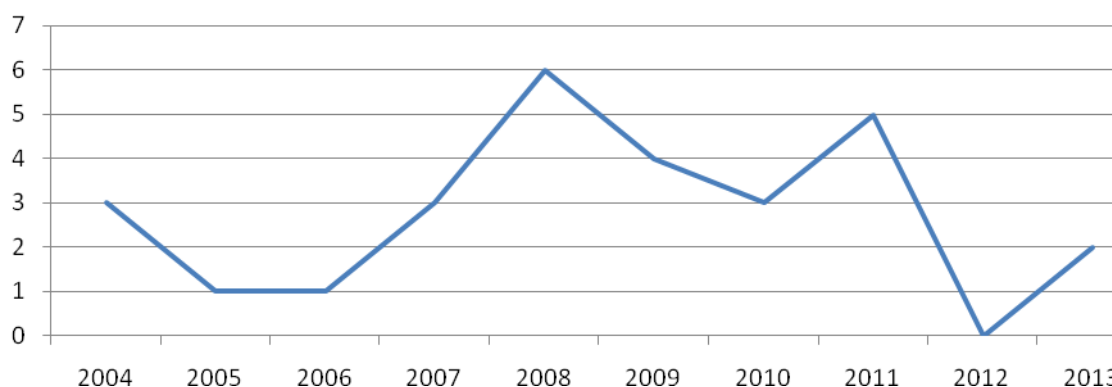


Figura 1 – Evolução do número de publicação sobre sintomas depressivos em crianças no Brasil nos últimos dez anos (2004 a 2013).

Houve um aumento de publicações até 2008. Analisando mais profundamente o acervo bibliográfico em questão, percebe-se que houve uma concentração de investigações sobre qualidades psicométricas dos testes que avaliam sintomas depressivos em crianças neste período.

Inferese-se que a motivação para a realização de estudos desta natureza surgiu com a criação da Resolução 02/2003 que definiu e regulamentou o uso, a elaboração e comercialização de testes psicológicos (<http://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-n-2-2003/>), bem como a criação do Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI) que regularizou o uso dos instrumentos psicológicos no Brasil, exigindo testes com parâmetros científicos mais rigorosos para avaliar fenômenos psicológicos (<http://satepsi.cfp.org.br/legislacao.cfm>). Dessa forma, as pesquisas com os instrumentos psicológicos de uma forma geral, e as pesquisas com os instrumentos para avaliar sintomas depressivos na infância também aumentaram significativamente, mostrando que o uso de instrumentos adequados pode ser de muita utilidade no campo científico.

Analisando o restante dos dados, observou-se que de 2008 a 2011 foi o período onde concentrou o maior número de publicações, totalizando 18 estudos relacionados a sintomas depressivos em crianças, mantendo uma linha crescente de publicações, e que os dois últimos anos (2012 e 2013) apresentaram queda acentuada de estudos relacionados ao

tema em questão. Ainda assim, pode-se considerar que na última década (2004 – 2013) houve aumento de estudos sobre sintomas depressivos em crianças no Brasil.

Em relação à localização geográfica, os estudos que investigaram sintomas depressivos em crianças foram realizados em três regiões brasileiras, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 2. Distribuição quanto à região geográfica onde os estudos sobre sintomas depressivos em crianças foram realizados.

Região	Estados	(N e %)	N	%
Sudeste	São Paulo	(12; 70,6)	17	60,7
	Minas Gerais	(3; 17,6)		
	Rio de Janeiro	(2; 11,8)		
	Total	(17; 100)		
Sul	Rio Grande do Sul	(5; 71,4)	7	25
	Paraná	(2, 28,6)		
	Total	(7; 100)		
Nordeste	Paraíba	(2; 50)	4	14,3
	Pernambuco	(1; 25)		
	Maranhão	(1; 25)		
	Total	(4; 100)		
Total do acervo bibliográfico			28	100

Observa-se grande concentração de estudos na região Sudeste (N=17; 60,7%). Dos estudos realizados nesta região, a grande maioria (N=12; 70,6%) foi realizada no estado de São Paulo, três no estado de Minas Gerais (17,6%) e dois no estado do Rio de Janeiro (11,8%). No que tange a região Sul (N=7; 25%), cinco estudos foram realizados no estado do Rio Grande do Sul (71,4%) e dois no estado do Paraná (28,6%). Já em relação à região Nordeste (N=4; 14,3%), dois estudos foi realizado no estado da Paraíba (50%), um no estado de Pernambuco (25%) e o outro no estado do Maranhão (25%).

Esses achados são relevantes porque mostram a preocupação destas três regiões brasileiras em compreender melhor essa patologia que tem crescido consideravelmente e atingido milhares de crianças que, se não forem tratadas, podem ter prejuízos devastadores no decorrer da vida (Bhals, 2002). Também revela a necessidade de estudos sobre os sintomas depressivos em crianças nas demais regiões do país.

O levantamento das áreas científicas que pesquisaram sobre depressão infantil revelou que os estudos selecionados ocorreram em duas áreas distintas: Saúde e Educação. No que tange a Saúde, observou-se interesse de quatro subáreas sendo elas: Psicologia, Medicina, Odontologia e Fonoaudiologia. Na subárea Medicina várias especialidades

como a Psiquiatria, Neurologia e Pediatria contribuíram para o aprimoramento do conhecimento científico acerca dos sintomas depressivos em crianças abarcando seus diferentes aspectos.

Ao analisar mais profundamente as produções científicas em relação às áreas de conhecimento, percebeu-se que alguns estudos foram produzidos por mais de uma área ficando categorizados da seguinte maneira: 23 estudos (82,1%) foram realizados somente por uma área do conhecimento (todos inseridos no âmbito da saúde) e cinco estudos (17,9%) foram realizados por duas áreas, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 3. Distribuição quanto às áreas do conhecimento que pesquisaram sobre sintomas depressivos em crianças.

Qte de área do conhecimento	Áreas do conhecimento	(N e %)	N	%
1 área do conhecimento	Psiquiatria	(3; 60)	23	82,1
	-Medicina	(5; 21,9)		
	Neurologia	(1; 20)		
	Pediatria	(1; 20)		
	Subtotal	(5; 100)		
2 áreas do conhecimento	-Psicologia	(17; 73,9)	5	17,9
	-Odontologia	(1; 4,4)		
	Total	(23; 100)		
	-Psicologia e Educação	(4; 80,0)		
	-Fonoaudiologia e Medicina	(1; 20,0)		
Total	(5; 100)			
Total do acervo bibliográfico			28	100

Dentre os estudos realizados somente por uma área do conhecimento está a Psicologia (N=17; 73,9%), Odontologia (N=1; 4,4%) e Medicina (N=5; 21,9%), sendo que nesta última destaca-se às seguintes especialidades: Psiquiatria, Neurologia e Pediatria. O interesse de várias áreas do conhecimento em estudar sintomas depressivos em crianças demonstra a complexidade que tais sintomas apresentam. Observa-se que destes 23 estudos, seis (26,1%) foram realizados por outras áreas do conhecimento, se não a Psicologia. Esse dado chama a atenção, pois revela o interesse das outras áreas em estudar sintomas depressivos em crianças por meio de instrumentos de medidas, já que culturalmente no Brasil, as ferramentas de mensuração são provenientes da Psicologia.

Em relação aos cinco estudos realizados por duas áreas do conhecimento - Psicologia e Educação (N=4; 80,0%); Fonoaudiologia e Medicina (N=1; 20,0%) - ressalta-se a importância da interdisciplinaridade e a possibilidade da colaboração de mais de uma ciência com conhecimentos e qualificações distintas abordando a mesma temática.

Segundo Maldonado e Canella (2009) essa interdisciplinaridade permite encontrar métodos adequados que propiciam uma prática integradora entre aspectos relacionados à saúde-doença, abarcando o ser humano de modo mais abrangente. Destaca-se aqui a importância desse novo olhar, que amplia o modo de assistir as crianças que apresentam sintomatologia depressiva.

II. Classificação quanto aos objetivos

Quanto aos objetivos dos estudos, eles foram classificados em estudos relacionados a fatores que propiciam o desenvolvimento dos sintomas depressivos em crianças; estudos sobre a sintomatologia da depressão infantil; estudos sobre aspectos psicométricos dos instrumentos de avaliação de sintomas depressivos em crianças (construção, validade, fidedignidade e normatização); e estudos sobre sintomas depressivos em crianças em comorbidade com outra patologia, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 4. Classificação dos estudos quanto aos objetivos investigados.

Objetivo	Subcategorias	(N e %)	N	%
Fatores que propiciam o desenvolvimento de sintomas depressivos	-Fatores Psicológicos;	(8, 80,0)	10	35,7
	-Fatores Biológicos;	(2, 20,0)		
	Total	(10; 100)		
Sintomatologia da depressão infantil	-Prevalência dos sintomas;	(3; 42,8)	7	25,0
	-Representações sociais	(2; 28,6)		
	-Comparação entre crianças e adolescentes;	(1; 14,3)		
	-Sintomas específicos;	(1; 14,3)		
	Total	(7; 100)		
Fundamentos da medida psicológica dos instrumentos	-Parâmetros psicométricos do CDI;	(3; 50)	6	21,4
	-Validação da EADC;	(2; 33,3)		
	-Tradução do CHIPS e P-CHIPS;	(1; 16,7)		
	Total	(6; 100)		
Sintomas depressivos em crianças em comorbidade com outras patologias	-Patologias fisiológicas;	(3; 60)	5	17,9
	-Outros transtornos psicológicos;	(1; 20)		
	-Dificuldade de aprendizagem;	(1; 20)		
	Total	(5; 100)		
Total do acervo bibliográfico			28	100

Observou-se que predominaram os estudos cujo objetivo principal foi investigar os fatores que propiciam o desenvolvimento de sintomas depressivos em crianças (N=10; 35,7%). Estudos desta natureza são importantes porque a partir do momento que se descobre o que causa os sintomas é possível elaborar planos de prevenção bem como traçar tratamento eficaz quando a patologia já está instalada. Esta categoria foi subdividida

em estudos que objetivaram estudar as causas dos sintomas depressivos em crianças relacionadas a fatores psicológicos (N=8; 80%) e a fatores biológicos (N=2; 20%).

Dentre os estudos que tiveram como objetivo investigar fatores psicológicos (N=8; 80%) que contribuem para o desenvolvimento de sintomas depressivos em crianças está os estudos relacionados a traumas como a internação hospitalar (N=1; 12,5%) - Sanchez e Ebeling (2011); violência (N=2; 25%) – Avancini, Assis, Oliveira e Pires (2009); acolhimento institucional (N=4; 50%) – Álvares e Lobato (2013), Habigzang, Cunha e Koller (2010), Wathier e Dell’Aglío (2007) e Dell’Aglío e Hutz (2004) e o estudo de Cruvinel e Boruchovitch (2011) relacionado a regulação emocional (N=1;12,5%).

Importante ressaltar que os quatro estudos que investigaram sintomas depressivos em crianças em situação de acolhimento institucional utilizaram o Inventário de Depressão Infantil - CDI para investigar a severidade de sintomas depressivos nesta população. Esses dados confirmam os achados na literatura quanto à utilização deste instrumento em pesquisa nacional (Gouveia & cols., 1995; Baptista e Golfeto, 2000; Cruvinel & Boruchovitch, 2004; Bahls, Bahls, Keller, Sabbag, Gusso, Assunção, Petry e Echterhoff, 2006; Stelko-Pereira, Santini & Williams, 2011; Golfeto, D’Oliveira, Baptista & Bisson, 2011) e nos dá indícios de que o instrumento pode ser utilizado com esta população específica.

No que tange aos estudos que tiveram como objetivo investigar fatores biológicos que causam sintomas depressivos em crianças (N=2; 22%), um deles relacionou tais sintomas com conflito familiar (50%) – Teodoro, Cardoso e Freitas (2010); e o outro com a dificuldade de supervisão parental (50%) – Cruvinel & Boruchovitch (2009).

A teoria integrada sobre etiologia dos transtornos de humor atribui o desenvolvimento dos sintomas que enquadram nesta categoria diagnóstica aos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os psicopatologistas estão identificando esse três fatores na etiologia dos sintomas depressivos em crianças qualquer que seja o fator propiciador (Barlow & Duran, 2008). Apesar de que, segundo os autores, o estresse e o trauma estão entre as contribuições mais importantes para a etiologia não somente da depressão, mas dos demais transtornos psicológicos.

Em segundo lugar, prevaleceram àquelas investigações sobre a sintomatologia da depressão infantil (N=7; 25%). Esses estudos são de suma importância para identificar a existência de sintomas depressivos nesta faixa etária e principalmente verificar como esses sintomas se manifesta em crianças. Esta categoria está subdividida em estudos de prevalência (N=3; 42,8%) – Fonsceca, Ferreira e Fonsceca (2005), Cruvinel e

Boruchovitch (2008) e Golfeto, D'Oliveira, Baptista e Bisson (2011); estudos sobre as representações sociais da depressão infantil (N=2; 28,6%) – Ribeiro, Oliveira, Coutinho e Araújo (2007) e Coutinho e Ramos (2008); estudo que investigou sintomas depressivos específicos (N=1; 14,3%) – Cruvinel e Boruchovitch (2004); e o estudo que objetivou comparar as características clínica de sintomas depressivos entre diferentes fases do desenvolvimento (N=1; 14,3%) – Fu-I e Wang (2008).

Nesta categoria sobre a sintomatologia depressiva em crianças, prevaleceram os estudos de prevalência (N=3; 42,8%). Estudos desta natureza são muito importantes para caracterizar a nossa população e para propiciar o desenvolvimento de programas de prevenção da depressão infantil de forma eficaz (Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo & Quiceno, 2006).

Em terceiro lugar destacaram os estudos sobre fundamentos da medida psicológica dos instrumentos que avaliam sintomas depressivos em crianças (N=6; 21,4%). Nesta categoria foram considerados os estudos de tradução de instrumento, estudos de evidências empíricas de validade, de precisão e normatização das interpretações propostas para os escores dos testes, bem como estudos sobre as propriedades psicométricas dos itens dos instrumentos. Dos seis estudos desta categoria, cinco (83,3%) foram realizados pela área da Psicologia e um (17,7%) foi realizado pela Psiquiatria. Dos cinco estudos realizados pela Psicologia, três (60,0%) tiveram como objetivo avaliar parâmetros psicométricos do Inventário de Depressão Infantil – CDI (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008; Cruvinel, Boruchovitch & Santos, 2008; Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008) e dois (40%) estudos objetivaram validar a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças – EADC (Pereira & Amaral, 2004; Pereira e Amaral, 2007) e o estudo desenvolvido na área de Psiquiatria teve como objetivo descrever o processo de tradução do Children's Interview for Psychiatric Syndromes - CHIPS para o uso em pesquisas no Brasil (Souza, Serra-Pinheiro, Mousinho & Mattos, 2009).

Esses achados demonstram a preocupação dos psicólogos brasileiros com a qualidade de instrumentos para investigar depressão infantil em nosso país. No entanto, entende-se que este tipo de estudo deveria ser realizado com muito mais frequência, pois o Brasil com suas dimensões continentais e riquezas culturais exige estudos que garantam os diferentes parâmetros científicos de seus instrumentos em diferentes contextos em que os sintomas de depressão na infância podem ser detectados. Entende-se também que este tipo de estudo exige melhor formação do ponto de vista acadêmico-científico dos pesquisadores, demandam mais tempo e um incentivo econômico maior, e que seriam mais

bem desenvolvidos mediante o trabalho de uma equipe dentro de um laboratório de avaliação psicológica. Por esses motivos, nem sempre estes tipos de pesquisa são empreendimentos fáceis em nossa cultura.

Por ultimo, estão os estudos que investigavam sintomas depressivos em crianças em comorbidade com outra patologia (N=5; 17,5 %). Tais estudos abrem caminho para uma melhor compreensão acerca da sobreposição sintomatológica entre depressão infantil e outros transtornos. Isto contribui para a realização de um diagnóstico preciso, além de diminuir possíveis confusões ao considerar a especificidade de cada caso (Pereira, 2007).

Nesta categoria os estudos foram classificados da seguinte forma: sintomas depressivos em criança e patologias causadas por deficiência fisiológica (N=3; 60,0 %) - ; sintomas depressivos em criança e outros transtornos psicológicos (N=1; 20,0%); e sintomas depressivos em criança e dificuldade de aprendizagem (N=1; 20,0%). Entre a subcategoria sintomas depressivos em comorbidade com patologia de origem fisiológica foram selecionados os estudos que investigaram sintomas depressivos com hemofilia (N=1, 33,3%) – Bahls, Bahls, Keller, Sabbag, Gusso, Assunção, Petry e Echterhoff (2006); leucemia linfóide aguda e insuficiência renal crônica (N=1; 33,3%) – Oliveira, Bandim e Filho (2009); e desordem temporomandibular (N=1, 33,4%) – Pizolato, Fernandes e Gavião (2013). Já na subcategoria sintomas depressivos e outros transtornos psicológicos está o estudo de Luiz, Gorayeb e Liberatore Júnior (2010) que investigou sintomas depressivos na infância em comorbidade com obesidade. Por fim, na subcategoria depressão infantil e dificuldade de aprendizagem está o estudo de Lima, Salgado e Ciasca (2011) que investigou sintomas depressivos na infância em comorbidade com a dislexia do desenvolvimento.

Bahls (2002) afirma que crianças e adolescentes com depressão apresentam altas taxas de comorbidades com outros transtornos psiquiátricos, sendo mais comum do que em adultos com depressão. Segundo Miller (1998, citado por Pereira, 2007), 40% a 70% das crianças e adolescentes que sofrem de depressão apresentam outros problemas emocionais diagnosticáveis, e 20% a 50% possuem dois ou mais distúrbios psiquiátricos além da depressão.

III. Classificação quanto à Metodologia

Discriminou-se a metodologia utilizada nos estudos selecionados no que se refere ao método da pesquisa e ao tipo de pesquisa como mostra a tabela abaixo.

Tabela 5. Classificação quanto ao método de pesquisa utilizado nos estudos selecionados.

Método de pesquisa	Subcategorias	(N e %)	N	%
Descritivo	Levantamento	(15; 68,2)	22	78,6
	Correlação	(4; 18,3)		
	Tradução	(1; 4,5)		
	Estudo de caso	(1; 4,5)		
	Estudo de série de casos	(1; 4,5)		
	Total	(22; 100)		
Experimental	Quase-experimental	(2; 100)	6	21,4
	Total	(2; 100)		
Total do acervo bibliográfico			28	100

Quanto ao método de pesquisa utilizado, os estudos selecionados foram classificados de acordo com Shaughnessy, Zechmeister e Zechmeister (2012) em método descritivo (N=22; 78,6%) e método experimental (6; 21,4%). Dentre os estudos com métodos descritivos, 15 (68,2%) são de levantamento, quatro (18,3%) de correlação, um estudo de tradução (4,5%), um estudo de caso (4,5%) e um (4,5%) estudo de série de casos. Considerando os estudos com o método experimental, todos foram classificados como quase-experimental (6; 21,4%), já que em relação a este acervo bibliográfico nenhum estudo fez uso do método experimental.

Mais da metade dos estudos deste acervo bibliográfico fez uso do método descritivo. Este método tem a sua importância por permitir o pesquisador observar, registrar e descrever os sintomas depressivos em crianças em um cenário natural, podendo estabelecer relações entre variáveis, muitas vezes formando hipóteses que mais adiante são submetidas a pesquisas mais sistemáticas, porém não nos falam da causa desses sintomas observados (Segundo Straub, 2012).

Apenas seis estudos fizeram uso do método quase-experimental. Esse método é uma subcategoria do método experimental, que consiste essencialmente em determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis capazes de influenciá-lo e definir as formas de controle e observação dos efeitos que as variáveis produz no objeto. Em se tratando do método quase-experimental, o pesquisador precisa manipular pelo menos uma das características dos elementos estudados, precisa criar um grupo controle, porém, nem sempre verifica-se o pleno controle da aplicação dos estímulos experimentais ou a distribuição aleatória dos elementos que compõem os grupos, o que faz com que o estudo não seja considerado um estudo totalmente experimental. Estudos de sintomas depressivos

em crianças que utilizam o método quase-experimental, tem sua importância por permitir testar hipóteses que estabelecem alguma relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas, mesmo não controlando-as totalmente (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, Smith & Haase, 2010).

Em relação ao tipo de pesquisa, os estudos selecionados foram classificados em quantitativo (N=24; 85,7%), qualitativo (N=1; 3,6%) e quantitativo-qualitativo (N=3; 10,7%), como mostra a tabela abaixo:

Tabela 6. Classificação quanto ao tipo de pesquisa utilizado nos estudos selecionados.

Tipo de pesquisa	N	%
Quantitativo	24	85,7
Qualitativo	1	3,6
Quantitativo-qualitativo	3	10,7
Total	28	100

Houve uma predominância de estudos que utilizaram enfoque quantitativo para estudar sintomas depressivos em crianças. Pesquisas desta natureza explicam as evidências do fenômeno através de representações numéricas. São estudos objetivos que seguem um padrão previsível e estruturado através da formulação de um problema de estudo delimitado e concreto, da construção de um marco teórico de onde é derivado uma ou mais hipóteses. Os dados são coletados de forma objetiva por meio da medição e são analisados mediante métodos estatísticos. Essas análises quantitativas são interpretadas de acordo com as previsões iniciais (hipóteses) e os estudos anteriores (teoria). O predomínio desses estudos não significa que os seus resultados sejam considerados absolutamente verdadeiros, mas são inferências portadoras de boa probabilidade de serem verdadeiras, enfatizando a generalização dos seus achados, a análise das relações causais entre os fenômenos envolvidos na pesquisa, além de proporcionar grande possibilidade de réplica e facilitar a comparação de estudos similares (Hernández Sampieri, Fernández Collado & BaptistaLucio, 2013).

Apenas um estudo fez uso da análise qualitativa. No enfoque qualitativo o pesquisador examina o mundo social e nesse processo desenvolve uma teoria coerente com os dados de acordo com aquilo que observa consciente de que ele é parte do fenômeno estudado. São estudos que não seguem um padrão previsível e estruturado. Permite desenvolver perguntas e hipóteses antes, durante e depois da coleta de dados. A coleta de dados consiste em obter as perspectivas e os pontos de vista dos participantes apresentados pela linguagem escrita, verbal, não verbal e também visual e esses dados são analisados

mediante a análise desses conteúdos. Esses estudos não pretendem a generalização dos resultados, e muito que seus estudos consigam ser replicados. Contudo, permitem contextualizar o fenômeno através da profundidade de significados e da riqueza interpretativa (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2013). Embora não generalizáveis, os estudos qualitativos em crianças com sintomas depressivos podem refletir algum aspecto da realidade de várias outras crianças com esses mesmo sintomas.

No que tange aos estudos que utilizaram análise quantitativa-qualitativa, estes compreenderam 10,7% do acervo bibliográfico selecionado. Esses estudos utilizaram da combinação dos dois enfoques descritos acima de forma a se complementarem na tentativa de explicar o fenômeno dos sintomas depressivos em crianças.

Em relação a análise da amostra, o artigo de Souza, Serra-Pinheiro, Mousinho e Matos (2009) não pode ser contabilizado por ser um estudo de tradução de instrumento, portanto não possui amostra. Sendo assim, para esta análise será contabilizado o total de 27 estudos como mostra a tabela abaixo.

Tabela 7. Descrição do tamanho e das fases do desenvolvimento da amostra.

Variáveis	N	%
Tamanho da amostra		
1 participante	1	3,7
2 a 199 participantes	11	40,7
200 a 399 participantes	8	29,6
400 a 699 participantes	5	18,6
Acima de 700 participantes	2	7,4
Total	27	100
Fase do desenvolvimento da amostra		
Somente crianças	15	55,6
Crianças e adolescentes	12	44,4
Total	27	100

O tamanho da amostra utilizada nos vários estudos teve o mínimo de um participante e o máximo de 5974 participantes. Em apenas um artigo (3,7%) foi realizado estudo de caso. A maior parte dos estudos se concentrou em investigar até 199 participantes (N=11; 40,7%), as amostras de oito estudos (29,6%) tiveram entre 200 e 399 participantes; em cinco estudos (18,5%) a quantidade de participantes variou entre 400 e 699; e em dois estudos (7,2%) a amostra foi superior a 699 participantes. Entende-se que o tamanho da amostra não implica diretamente a qualidade das investigações em questão, no entanto, em estudos com números maiores de participantes podem-se obter amostras

representativas de parte significativa dessa população. Segundo Pereira (2007), há uma preocupação na realização de estudos focando sintomas depressivos em crianças com amostras amplas envolvendo diversas idades de pré-escolara escolar na tentativa de adicionar a descrição e comprovação do funcionamento desta psicopatologia na infância.

Em relação à fase do desenvolvimento da amostra, em 15 estudos (55,6%) os sintomas depressivos foram investigados em uma amostra infanto-juvenil com idade variando entre cinco e 18 anos, e em 12 estudos (44,4%) foi investigada tal sintomatologia em amostras formadas apenas por crianças com idade variando entre três e 12 anos.

Nota-se que não são apenas crianças que tem sido abarcada nesse tipo de estudo, considerando as bases de dados consultadas. Conforme Fornelos, Rodrigues e Gonçalves (2003) os sintomas depressivos nessa faixa etária aparece quase sempre associada a outros sintomas, que tornam difícil a sua identificação e o diagnóstico diferencial. Geralmente esse diagnóstico é possível em função de um acompanhamento psicoterapêutico e de um estudo de *follow-up*, que no caso de participantes com 11 e 12 anos a reavaliação acaba ocorrendo após a transição para a adolescência. Dessa forma, muitos estudos acabam incluindo crianças e adolescentes na amostra.

Quanto ao levantamento dos informantes para avaliar sintomas depressivos em crianças, não foram incluídos os estudos sobre aspectos psicométricos dos instrumentos de avaliação de sintomas depressivos em crianças (N=6) restando assim 22 estudos para análise como mostra a tabela abaixo.

Tabela 8. Discriminação do modo como foi coletado os dados em relação aos informantes.

Número de informantes	Discriminação dos informantes	(N e %)	N	%
Um informante	Crianças e/ou adolescente	(18; 94,7)	19	86,4
	Pais e/ou responsável	(1; 5,3)		
	Total	(19; 100)		
Dois informantes	Crianças e/ou adolescente e responsável	(3; 100)	3	13,6
	Total	(3;100)		
Total do acervo bibliográfico			22	100

Em 19 estudos (86,4%) os sintomas depressivos em crianças foram avaliados por meio de uma única fonte de informação, e em três estudos (13,6%) através de mais de uma fonte. Dentre os 19 estudos que utilizaram apenas uma fonte de informação, 18 (94,7 %)

coletaram os dados com as próprias crianças e/ou adolescentes e em apenas um estudo(5,3%) investigaram a sintomatologia da depressão infantil aplicando os instrumentos somente nos pais ou responsáveis. De todos esses estudos somente dois utilizaram mais de um instrumento na criança para fazer a avaliação de sintomas depressivos (Ribeiro, Oliveira, Coutinho & Araújo, 2007; Coutinho & Ramos, 2008), em ambos foram utilizados um instrumento de autorrelato (CDI) e um instrumento projetivo (Desenho-Estórias com Tema e Teste de Associação Livre de Palavras, respectivamente).

Considerando os três estudos (13,6%) que avaliaram sintomas depressivos na infância por meio de mais de uma fonte de informação, todos foram realizados com dados fornecidos pela criança e/ou adolescente e seus pais ou responsáveis.

Houve a predominância de estudos somente com o relato da criança e/ou adolescente (N=18; 81,8%). Estes estudos mostram que as crianças podem ter capacidade para expressar, de acordo com o seu próprio julgamento, como ela pensa, sente e se comporta diante de uma situação geralmente simples e familiar. Além disso, oferecerem informações que muitas vezes não estão disponíveis nos relatos de outros informantes. Por outro lado, quando se trata dessa faixa etária, devido a pouca idade, é importante investigar outras fontes de informação como pais, familiares, professores e cuidadores, com o objetivo de complementar as informações fornecidas pela criança e obter um diagnóstico mais consistente (Measelle, John, Ablow, Cowan & Cowan, 2005; Meyer & Kurtz, 2006).

No que tange aos instrumentos utilizados nos estudos para avaliar sintomas depressivos em crianças, foram encontrados 10 tipos diferentes como mostra a tabela abaixo.

Tabela 9. Relação dos instrumentos utilizados para avaliar sintomas depressivos em crianças.

Instrumento	Iniciais	Informante	Objetivo	Foco	Idade	N
Child Behavior Checklist (Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes)	CBCL	P	T	G	06 – 18	3
Children's Depressory Inventory (Inventário de Depressão Infantil)	CDI	A	T	D	07 – 17	21
Desenho-Estória com Tema	DET	A	T	G	A partir de 03	1
Escala de Avaliação de Depressão para Crianças	EADC	A	T	D	06 – 12	2
Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar)	HADS	A	T	G		1
Teste de Associação Livre de Palavras	TALP	A	T	G		1
The Children's Depression Rating Scale – Revised Version (Escala de Avaliação de Depressão Infantil – versão revisada)	CDRS-R	A	T	D	06 – 12	2
The Children's Interview for Psychiatric Syndromes (Entrevista de Síndrome Psiquiátrica para crianças)	CHIPS	A	E	G	06 -18	1
The Children's Interview for Psychiatric Syndromes - version for parentes (Entrevista de Síndrome Psiquiátrica para crianças – versão para pais)	P-CHIPS	P	E	G	06 – 18	1
The Diagnostic Interview for Children and Adolescents (Entrevista Diagnóstica para Crianças e Adolescentes)	DICA-IV	A, P	E	G	06 – 18	1

Informante: A = autorrelato; P = pais; T = professores.

Objetivo: T = Triagem, severidade de depressão; E = Entrevista diagnóstica.

Foco: D = Específico de depressão; G = geral de Saúde Mental, incluindo depressão.

N = números de estudo com cada instrumento

Dos instrumentos encontrados nos estudos, oito (80%) eram instrumentos destinados às crianças e/ou aos adolescentes, três (30%) eram instrumentos destinados aos pais e/ou responsáveis. Importante esclarecer que o DICA-R é destinado tanto às crianças e/ou adolescentes, quanto aos pais ou responsáveis.

Em relação ao objetivo dos instrumentos, sete (70%) tem como propósito a triagem (o levantamento) da severidade dos sintomas depressivos e três (30%) são entrevistas diagnósticas. Importante ressaltar que dos sete instrumentos destinados à triagem dos sintomas depressivos em crianças, apenas dois são técnicas projetivas. Esses achados concordam com a literatura (Barbosa, Gouveia, Gaião e Barbosa, 2003; Rocca & Rego, 2003) e demonstram que instrumentos de triagem da severidade de sintomas depressivos como inventários, questionários e escalas têm sido amplamente utilizados em pesquisas e práticas psiquiátricas e psicológicas. Segundo Pasquali (2003), tais instrumentos, quando assegurado parâmetros psicométricos adequados, permitem traçar um perfil confiável de

determinado grupo ou comunidade além de demandarem pouco tempo de aplicabilidade, fator que facilita o desenvolvimento de pesquisas com grandes amostras. No que tange às entrevistas diagnósticas, elas requerem de uma a três horas de aplicação, esse aspecto torna dispendioso e impraticável em estudos de natureza social e principalmente de natureza epidemiológica (Gouveia & Gouveia, 2013), porém pode ser de grande valia quando utilizados em tratamento clínico.

A maioria destes instrumentos (N=7; 70%) avalia a saúde mental geral incluindo a depressão. Apenas três instrumentos (30%) têm como foco avaliar somente sintomas depressivos. São eles: CDI, EADC e CDRS-R. E ainda, dos 10 instrumentos encontrados, apenas dois são destinados somente à criança (EADC e CDRS-R), os demais abrangem também os adolescentes.

Em relação ao acervo bibliográfico selecionado há de se dar um merecido destaque para o Inventário de Depressão Infantil – CDI que foi utilizado em 21 (75%) estudos. Isso demonstra o quanto o CDI tem sido utilizado em diversas áreas do conhecimento no cenário nacional.

Desses estudos que utilizou o CDI, três foram estudos relacionados a parâmetros psicométricos com o objetivo de adequar o instrumento a realidade brasileira. Ao analisar a literatura, percebe-se que não foi somente nesta década pesquisada (2004 a 2013) que emergiram os estudos utilizando o CDI no Brasil. Desde meados da década de 90, quando se publicou o primeiro artigo sobre adaptação do CDI para o Brasil (Gouveia e cols. 1995), os estudos utilizando esse instrumento intensificaram (Barbosa, Dias, Gaião e Di Lorenzo, 1996; Bahls, 2002; Golfeto, Veiga, Souza e Barbeira, 2002).

De uma forma geral, as investigações têm demonstrado que o CDI apresenta boas condições psicométricas para uso em território nacional (Gouveia & Gouveia, 2013). Os resultados encontrados nos estudos que abarcaram esta revisão confirmam esses achados, nos quais o CDI apresentou alfa de Cronbach variando entre 0,73 a 0,91. Esses dados indicam que o instrumento apresenta boa confiabilidade e que então, está adequado para a população brasileira (Nunnally, 1978, citado por Maroco e Garcia-Marques, 2006).

Além de ser considerado um instrumento excelente para detectar a severidade de sintomas depressivos infanto-juvenil nos mais diversos cenários, o CDI apresenta outras características que o colocam no topo da preferência dos profissionais. É um instrumento de autorrelato onde o sujeito fala dos seus próprios sentimentos, é de baixo custo, de fácil aplicabilidade podendo ser ministrado de forma individual ou em grupo e de rápida

execução (média de 10 a 20 minutos), o que facilita a coleta de dados em pesquisas que abarcam um grande número de participantes.

No que diz respeito ao uso de técnicas projetivas nos artigos levantados apenas dois artigos fizeram uso. As técnicas utilizadas para avaliar sintomas depressivos foram a Técnica de Desenho-História com tema e o Teste de Associação Livre de Palavras - TALP. Através destas técnicas foi possível detectar que as crianças com depressão sentem mais solidão, medo de ser rejeitado, dificuldade em fazer amizades, tristeza, apresenta auto-imagem negativa e choro excessivo (Ribeiro, Oliveira, Coutinho e Araújo, 2007; Coutinho e Ramos, 2008). O uso deste tipo de instrumento para avaliar depressão infantil é importante, pois possibilita a emergência de conteúdos conflituosos tanto conscientes quanto inconscientes que seriam perdidos ou mascarados com a utilização de outras técnicas (Coutinho, 2005). Porém os resultados deste estudo mostram como estes instrumentos são muito pouco utilizados em pesquisas devido ao tempo gasto em sua aplicação e por se paltarem em uma teoria para sua interpretação.

No entanto, argumenta-se que devido à metodologia indireta que empregam, muitas vezes os testes projetivos podem contornar as limitações que os instrumentos objetivos e diretos (questionários e escalas de auto relato) apresentam, como ter consciência de suas características e comportamento e ser capaz de falar a respeito de si mesmo, ainda que características pouco desejáveis estejam presentes. A abordagem indireta é muitas vezes mais propensa do que os instrumentos objetivos de autorrelato para revelar características de personalidade que os inquiridos não reconhecem plenamente em si ou hesitam em admitir quando questionados sobre eles diretamente (Weiner & Greene, 2008). Os testes projetivos seriam bastante adequados, uma vez que as crianças normalmente têm menos consciências do modo como pensam, falam e se comportam no dia a dia, bem como ainda não desenvolveram suficientemente suas habilidades de leitura e auto reflexão para responderem adequadamente ao que muitos testes objetivos de autorrelato exigem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível analisar a produção científica nos últimos dez anos acerca dos instrumentos que são utilizados para avaliar depressão infantil no Brasil. A análise dos dados demográficos mostrou aumento de publicações relacionadas à avaliação de sintomas depressivos em crianças nesta última década (2004 – 2011).

Nas publicações dos últimos 10 anos houve prevalência de trabalhos que tinham por objetivo avaliar fatores que causam sintomas depressivos em crianças. O predomínio

dessa categoria de estudos revela a preocupação com tal patologia e com as consequências futuras que ela pode causar se não cuidada a tempo. Estudos desta natureza permite elaborar políticas públicas preventivas de intervenção para essa população em tenra idade.

Em relação aos instrumentos utilizados nas pesquisas, a grande maioria tem como objetivo a triagem de sintomas depressivos, porém destes somente dois eram técnicas projetivas, a grande maioria eram inventários e escalas. Destaca-se a importância de valorizar as características de cada instrumento principalmente quando se trata de avaliação de crianças, as quais ainda apresentam dificuldade de identificar e relatar sobre seus aspectos afetivos (Gauy, 2011). Esses instrumentos com diferentes objetivos podem ser utilizados como complemento um ao outro e ajudar a formar um diagnóstico mais preciso.

Outro dado importante é que a grande maioria dos instrumentos utilizados neste acervo bibliográfico eram instrumentos destinados a avaliar a saúde em geral incluindo os sintomas depressivos. Apenas quatro instrumentos são destinados somente para avaliar sintomatologia depressiva: CDI, EADC e CDRS-R.

E dentre eles o CDI foi o instrumento mais utilizado nas pesquisas nacionais para avaliar sintomas depressivos em crianças nos últimos dez anos. Tal instrumento tem demonstrado boa consistência interna, o que vem assegurando que o CDI apresenta boas condições psicométricas para o uso em território nacional (Gouveia & Gouveia, 2013). No entanto, devido a dimensões continentais que no país apresenta, verifica-se a necessidade de mais estudos com amostras amplas das diferentes regiões do país com a finalidade de padronização do instrumento para a população brasileira.

Atualmente na lista dos testes elaborada pela SATEPSI, constam 128 instrumentos aprovados para uso. Destes, somente o EBADEP – Escala Baptista de Depressão e o BDI-II são instrumentos destinados a avaliar depressão, sendo o primeiro destinado a adultos e o segundo é destinado crianças a partir de dez anos, o que mostra a carência de instrumentos que avaliem sintomas depressivos em crianças para nossa população.

Os dados encontrados nesta pesquisa proporcionaram ampliação do conhecimento sobre a condição atual dos estudos relacionados a avaliação de sintomas depressivos em crianças no Brasil bem como dos instrumentos utilizados para avaliar tais sintomas. Ao traçar um perfil da produção científica na área, pode-se fornecer subsídios para a realização de novas pesquisas. Diante da lacuna existente relacionada aos instrumentos que avaliam depressão em uma faixa etária mais nova, ressalta-se a necessidade de investir em

estudos de instrumentos que avaliam sintomas depressivos em crianças para população brasileira, bem como a ampliação de estudos como esse utilizando outras bases de dados.

REFERÊNCIAS

- Abela, J. R. Z. & Skitch, S. A (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parentes. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2007) 1127–1140.
- Allgaier, A-K; Früke, B.; Pietsch, K.; Saravo, B.; Baethmann, M. & Schulte-Körne, G. (2012). Is the Children's Depression Inventory Short version a valid screening tool in pediatric care? A comparison to its full-length version. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 369-374.
- Alvares, A. M. & Lobato, G. R. (2013). Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Temas em Psicologia*, 21(1), 151-164.
- Angold, A., & Costello, J. (2001). The epidemiology of depression in children and adolescents. In I. M. Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent* (pp. 143-178). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bahls, S - C (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63-67.
- Bahls, S - C (1999). Depressão: Uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5), 253-255.
- Barbosa, G. A.; Dias, M. R.; Gaião, A. A. & Di Lorenzo, W. F. (1996). Depressão Infantil: Um estudo de prevelência com o CDI. *Infanto – Revista de Neuripsiquiatria da Infância e Adolescência*, (3)36-40.
- Barbosa, G. A.; Gouveia, V. V.; Gaião & Barbosa, A. A. (2003). Escalas de avaliação em psiquiatria da infância e da adolescência. In: Assumpção Júnior, F. B. & Kuczynski, E. (Org.). *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Atheneu, p. 121 – 137.
- Black, D. (1987). Depression in children. *British Medical Journal*, 294, 462-463.
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., Smith, J. A., & Haase, V. G. (2010). Métodos de pesquisa em psicologia. In *Métodos de pesquisa em psicologia*. Artmed.
- Boughton, S., & Street, H. (2007). Integrated review of the social and psychological gender differences in depression. *Australian Psychologist*, 42, 187-197.
- Coutinho, M. P. L. (2001). *Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária.

- Coutinho, M. P. L. & Ramos, N. (2008). Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: um estudo transcultural. *PSICO: Porto Alegre*, 39(1), 14-20.
- 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.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. Volume Especial Depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Gouvea, V. V.; Barbosa, G. A.; Almeida, H. J. F. de & Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil-CDI: estudo de adaptação com escolares de Joao Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 44(7), 345-349.
- Gouveia, R. S. V. & Gouveia, V. V. (2013). Depressão na infância e adolescência – conceituação, medida e tratamento. São Paulo: Vetor.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: a self rated depression scale for school aged youngsters*. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Lanczik, M. & Beckmann, H (1991). Aspectos históricos de los transtornos afectivos. In: Feighner, J. P. & Boyer, W. F. *Diagnóstico de la depresión*. Chichester, Inglaterra: John Wiley & Sons, p. 13-29.
- Lima, R. F.; Salgado, C. A. & Ciasca, S. M. (2011). Associação da dislexia do desenvolvimento com comorbidade emocional: Um estudo de caso. *Revista CEFAC*, 13(4), 756-762.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, 80 (2), 11-20.
- Maldonado, M. T. & Canella, P. (2009). *Recursos de Relacionamento para Profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. Ribeirão preto, SP: Editora Novo Conceito.
- Malhotra, S. & Das, P. P. (2007). Understanding childhood depression. *Indian Journal of Medical Residence*, 125, 115-128.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Pereira, D. A. P. (2007). *Validade e normatização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças*. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pereira, D. A. P. & Amaral, V. L. A. R. (2004). Escala de avaliação de depressão para crianças: Um estudo de validação. *Revista Estudos de Psicologia - PUC-Campinas*,

21(1), 5-23.

Rocca, C. C. A. & Rego, M. G. S. (2003). Testes psicológicos. In: Assumpção, F. B. & Kaczynski, E., *Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu, p. 131-137.

Ribeiro, K. C. S.; Oliveira, J. S. C., Coutino, M. P. L. & Araújo, L. F. (2007). Representações sociais da depressão no contexto escolar. *Paidéia*, 17(38), 417-430.

Sampieri, R. H.; Collado, C. F. & Lúcio, M. D. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Editora Penso: 5ª edição.

Schoenbach, V. J. (1983). Prevalence of self-reported depressive symptoms in Young adolescents. *American Journal of Public Health*, 73, 1281-1287.

Souza, I. G. S.; Serra-Pinheiro, M. A.; Mousinho, R. & Mattos, P (2009). A Brazilian version of the “Children’s Interview for Psychiatric Syndromes” (ChIPS). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2),115-118.

Tannous, A. (2011). Factors causing depression among children in Jordan: what teachers see. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30,341 - 346.

Vieira, K. F. L. (2008). *Depressão e suicídio: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico*. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C. & Quiceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “Child Depression Inventory” –CDI. *Perspectivas en psicología*, 2(1),217-22.

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 fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) e amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.

Weissman, W. A. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-45.

CAPÍTULO II RESUMO

Estudo Comparativo de Sintomas Depressivos em Crianças sob situação de Acolhimento Institucional

O objetivo deste estudo foi analisar sintomas depressivos em criança. Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritiva e comparativa entre grupos de sujeitos que objetiva dar uma visão geral sobre sintomas depressivos em crianças em situação de acolhimento institucional, por meio da utilização de métodos padronizados para a coleta de dados (Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 a 18 anos – CBCL, Inventário de Depressão Infanti – CDI e Metodo de Rorschach SC) e utilização de métodos estatísticos para analisa-los. Participaram deste estudo 50 crianças, de ambos os sexos, de sete a onze anos divididas em dois grupos: 23 crianças institucionalizadas (GI) e 27 crianças que residem com suas famílias (GF). Os resultados demonstraram que as crianças do GI apresentaram: no CBCL - média de pontuação maior na escala de problemas externalizantes ($M=88,78$; $DP=19,71$) e também em uma das subescalas de problemas internalizantes (retraimento/depressão, $M=81,13$; $DP=19,25$); no CDI - média maior de pontuação de sintomas depressivos ($M = 12,61$; $DP = 6,28$); e no Rorschach SC houve diferença significativa somente em duas variáveis onde o GI apresentou maior média de pontuação: C ($M=0,35$; $DP=0,77$) e COP ($M=0,26$; $DP=0,62$). Portanto as crianças do GI apresentam mais comportamentos impulsivos, agressivos e coercitivos, mais sintomas depressivos e tenderam a se comportar de forma mais imatura e intempestiva. Destaca-se a necessidade de atenção às crianças institucionalizadas principalmente no que tange aos sintomas depressivos, além de se criar políticas públicas de atendimento a essa população.

Palavras-chave: criança; sintomas depressivos; acolhimento institucional.

ABSTRACT

Comparative Study of Depression in Children under the Situation of Institutional Care

The main target of this study was to analyze depressive symptoms in children under institutional care, comparing with children living with their families. It is about a field research, of descriptive and comparative kind, among groups of subject that aims giving a general view about depressive symptoms in children under institutional care, through standardized methods to data collection (CBCL, CDI and Rorschach SC Method) and the use of statistic methods to analyze them. Fifty male and female children took part in this study. These children were between seven and eleven years old, divided in two groups: twenty three, were institutionalized children (GE) and twenty seven, children who live with their family (GC). The results showed that, the (GE) children showed in the CBCL- a score higher in externalizing problems. (M=88,78; DP= 19,71) as well as in both subscales of rules violation (M=89;43; DP= 13,98) and aggressive behaviors. (88,87; DP= 15,35) and also in the subscale withdrawn/depression (M=81, 13; DP= 19,25); in the CDI, higher punctuation score of depressive symptoms (M=12,61; DP= 6,28); and in the Rorschach SC there was significant difference only in two variables, where the GE showed major score of punctuation at the variable C(M=0,35; DP= 0,77) and lower score of punctuation at the COP variable (M=0,26; DP= 0,62). Therefore, the GE children show more impulsive, aggressive and coercive behavior, more depressive symptoms tend to behave immature and untimely. This, highlights the attention and necessity to the institutionalized children, specially when it's about depressive symptoms, beside creating public policies attendance for this population.

Key words: child; depressive symptoms; institutional care.

INTRODUÇÃO

O acolhimento institucional de crianças e adolescentes, antes conhecido como abrigo, é uma medida de proteção prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA que deve ser aplicada sempre que os direitos da criança e do adolescente forem ameaçados ou violados. Assim o ECA prevê o acolhimento institucional nos seguintes casos: em caso de sofrimento de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (art.5º, ECA), seja por omissão da sociedade ou do Estado; por falha, omissão ou abuso dos pais ou responsável; ou em razão de sua conduta (art.98, incisos I, II e III, ECA).

Essa medida de proteção consiste em uma estratégia provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo possível, para a colocação de crianças e adolescentes em família substituta. Esse acolhimento não implica em privação de liberdade e oferece atendimento personalizado, em pequenas unidades e grupos, privilegiando-se ações descentralizadas e municipalizadas (Salina-Brandão & Williams, 2009).

É inegável que o ECA rompeu com concepções e práticas indevidas em relação à infância brasileira, não somente àquelas nomeadas como pobres, abandonadas ou delinquentes. Com o ECA, a criança é reconhecida como prioridade absoluta, uma vez que está em peculiar condição de ser humano em desenvolvimento e com direitos juridicamente protegidos. No entanto, influenciados por vários fatores, a inserção de crianças em instituições de acolhimento ainda é um dos caminhos que as famílias brasileiras e o Estado encontram para garantir a sobrevivência destes indivíduos apontando para uma cultura da prática da institucionalização (Oriente, 2004; Gontijo & Medeiros, 2007; Jaczura, 2008; Azôr & Vectore, 2008).

A retirada da criança ou adolescente do convívio familiar para uma instituição de acolhimento é bastante dolorosa, pois não é esperado social e psicologicamente que esses deixem de conviver precocemente com seus familiares mais próximos. O impacto da institucionalização pode efetivamente caracterizar mais um risco ao desenvolvimento saudável não apenas das crianças e adolescentes abrigados, como também dos integrantes do grupo familiar implicado (Vasconcelos, Yunes & Garcia, 2009). Estudos sobre essa temática indicam que a instituição de acolhimento pode tanto facilitar o desenvolvimento

das crianças e adolescentes acolhidos quanto dificultar, dependendo da presença ou ausência de fatores de proteção na entidade (Salina-Brandão & Williams, 2009).

Yunes, Miranda e Cuello (2004) advertem que o ambiente institucional e as relações estabelecidas pela criança/adolescente podem apresentar tantos ou mais riscos ao desenvolvimento cognitivo, social e afetivo quanto aos encontrados na família nuclear da qual ele/ela foi retirado, o que pode comprometer a construção de suas identidades e projetos futuros. Nos casos em que a criança permanece sob o cuidado exclusivo de uma instituição de acolhimento, a exposição a cuidados instáveis e impessoais constituem fatores facilitadores para a propagação de doenças infectocontagiosas, déficits cognitivos, estados depressivos e vários outros distúrbios do desenvolvimento (Cavalcante, Magalhães & Pontes, 2007).

Bowlby (1997) realizando estudo com crianças entre dois e quatro anos separadas de suas mães descreveu que existiria uma relação causal entre a perda dos cuidados maternos nos primeiros anos de vida na etiologia de distúrbios de personalidade, na formação do caráter delinquente, ou no desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressivos.

Ao longo do tempo, alguns estudos têm demonstrado que a institucionalização poderá ter um impacto negativo em qualquer área do desenvolvimento da criança (intelectual, física, comportamental e sócio-emocional) (Ahmad & Shurique, 2001; MacLean, 2003; Valencia, Torres, Vázquez, & Dominguez, 1993). Damião da Silva (2004) afirma que o problema dos efeitos da institucionalização em crianças está intimamente ligado à perturbação e ao enfraquecimento do relacionamento interpessoal no desenvolvimento humano.

Em um estudo comparativo entre crianças que residiam em instituição de acolhimento e crianças que moravam com suas famílias, os dois grupos da região metropolitana de Porto Alegre (Wathier & Dell'Aglio, 2007), por meio do Inventário de Depressão Infantil, demonstraram quantitativamente que as crianças afastadas do contexto familiar apresentaram maiores escores de sintomas depressivos, sendo que estes sintomas teriam associação com a ocorrência de eventos estressores. Os autores revelaram ainda que as meninas do grupo de crianças institucionalizadas tiveram escores mais altos desse transtorno do que as meninas que moravam com as famílias.

De uma forma geral, estudos apontam que a prevalência de depressão em crianças não é rara, e que esse transtorno afetivo atinge em proporções bem maiores crianças

institucionalizadas, o que as tornam um grupo de crianças susceptível a esse tipo de enfermidade (Marcelli, 2005; Shechory & Sommerfield, 2007; Valencia et al., 1993)

No entanto, numa instituição, diferentes crianças com percursos semelhantes podem não apresentar um mesmo quadro sintomático. Os fatores que influenciarão as diferentes manifestações sintomáticas nestas crianças, segundo Alberto (2003), Damião da Silva (2004), MacLean (2003), Marques (2006), Sloutsky (1997) e Zurita e Del Valle (2005), estão relacionados à reação perante as perdas (físicas e materiais, psicossociais e socioculturais) sofridas pelas crianças em acolhimento institucional que podem variar de acordo com a idade, com o nível de desenvolvimento da criança, com a vinculação previamente existente entre a criança e os seus pais, com as experiências anteriores de separação que tenha vivido, com a percepção da causa da separação, com a preparação da criança para a separação, com a mensagem recebida no momento da separação, como também podem variar considerando as condições do novo ambiente em que se insere, da duração do acolhimento e dos cuidados diferenciados que a criança recebeu no meio institucional e, ainda, o temperamento e a personalidade da criança.

A relevância desse estudo reside no fato de que praticamente não há investigações sobre sintomas depressivos em crianças institucionalizadas no Estado de Goiás. Além do mais, a detecção precoce de sintomas depressivos em crianças pode evitar que venham a desenvolver quadros graves, com prejuízos no convívio social e no ambiente escolar e familiar (Wathier & cols., 2008). A depressão apresenta alto risco de recorrência a desajustamentos futuros e acarreta prejuízo severo à qualidade da vida infantil, comprometendo as funções sociais, emocionais e cognitivas, interferindo assim no desenvolvimento saudável do indivíduo (Avancini, Assis, Oliveira & Pires, 2009; Calderaro & Carvalho, 2005; Rotondoro, 2002).

Portanto este estudo tem como objetivo analisar sintomas depressivos e comportamentais em crianças em situação de acolhimento institucional (Grupo Instituição – GI) comparando-as com as crianças que vivem com suas famílias (Grupo Família - GF), por meio do CDI, do CBCL e do Rorschach SC.

Verificou-se existência de diferenças estatisticamente significativas entre o GI e o GF em relação aos indicadores de problemas internalizantes e externalizantes avaliados por meio do CBCL; em relação aos sintomas depressivos avaliados por meio CDI; e em relação às variáveis referentes aos aspectos afetivos do Rorschach SC. Descreveu-se ainda como as informações dos três instrumentos, CDI, CBCL e Rorschach SC, se integram na descrição das experiências afetivas.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritiva e comparativa entre grupos de sujeitos que objetiva dar uma visão geral sobre sintomas depressivos e comportamentais em crianças em situação de acolhimento institucional, por meio da utilização de métodos padronizados para a coleta de dados e utilização de métodos estatísticos para analisá-los.

Participantes

Participaram deste estudo 50 crianças entre sete e onze anos, divididas em dois grupos: GI e GF. Trata-se de uma amostra por conveniência, ou seja, não probabilística, intencional e acidental. O GI foi selecionado em duas instituições de acolhimento indicadas pelo Juizado da Infância e Juventude da cidade. Fizeram parte deste grupo todas as crianças que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão, ou seja, 23 crianças (17 do sexo masculino e seis do sexo feminino), encaminhadas a essas instituições pelo por diferentes motivos que envolviam risco à vida: violência sexual, violência psicológica, violência física ou negligência. Os critérios de inclusão foram: a criança estar institucionalizada há pelo menos quatro meses e ter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE devidamente assinado pelo coordenador responsável de cada instituição. E o critério de exclusão foi ter deficiência intelectual avaliada pelo Raven Escala Especial (percentil <6).

O GF foi composto por 27 crianças (18 do sexo masculino e nove do sexo feminino) de três escolas municipais indicadas pela Secretaria Municipal de Educação, provenientes das mesmas regiões, ou de regiões muito próximas, em termos de nível socioeconômico das crianças do GI. Os critérios de inclusão foram: assemelhar-se com as crianças do GI em termos de idade, sexo e escolaridade e ter o TCLE devidamente assinado pelo responsável. E os critérios de exclusão foram: ter passado por qualquer situação de acolhimento institucional e apresentar deficiência intelectual por meio do Raven Escala Especial. Todas as crianças que foram convidadas a participar do estudo enquadraram dentro dos critérios de inclusão propostos.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- **Prontuários das crianças:** auxilia na coleta de dados significativos sobre a história de vida da criança, motivo do acolhimento, tempo de acolhimento e comportamentos da criança na instituição a fim de compreender melhor os participantes do grupo de estudo.
- **Questionário Sócio-demográfico para as crianças do GF:** utilizado para coletar dados que descreviam os participantes do estudo com informações gerais tais como: sexo, idade, local de residência, renda, estrutura familiar, desempenho escolar, comportamento e se a criança já esteve em situação de acolhimento institucional.
- **Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 a 18 anos – CBCL:** Foi utilizado nesta pesquisa a versão preliminar sobre a percepção parental do filho de Bordin, Silveira, Teixeira e Paula (2010), composto por 138 itens (Emerich & Rocha, 2010). As respostas dos familiares e/ou cuidadores são analisadas por um software, que transforma os escores brutos em Escores T. Por meio das respostas dos cuidadores, o instrumento avalia a competência social, problemas emocionais/comportamentais e diferencia os escores em perfil não clínico, limítrofe e clínico. Para este estudo, os escores limítrofes e clínicos foram agrupados como clínicos, considerando como ponto de corte clínico o escore $T \geq 65$ (para as Escalas Individuais de Problemas Emocionais/Comportamentais: Ansiedade/depressão, Retraimento/depressão, Problemas de Pensamento, Problemas Sociais, Problemas de atenção, Violação de Regras, Comportamento agressivo) e na Soma das Escalas de problemas internalizantes e externalizantes o escore $T \geq 63$. Este instrumento é considerado pela literatura um dos mais confiáveis para a avaliação de dificuldades comportamentais e emocionais para a clientela infanto-juvenil de 6 a 18 anos (Friedman, Bryant & Holmbeck, 2007; Pesce, 2009).
- **Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial.** O teste das Matrizes Progressivas de Raven foi desenvolvido por John C. Raven na Universidade de Dumfries, Escócia. O teste foi elaborado tendo como base o referencial da teoria bifatorial de Charles Spearman e tem como objetivo avaliar o que o autor define como capacidade intelectual geral – fator “g”. Essa escala especial, destinada a crianças de 5 a 11 anos de idade, mede a capacidade de eduzir relações. A capacidade edutiva relaciona-se à capacidade “de extrair significado de uma situação confusa, de desenvolver novas compreensões, de ir além do que é dado para perceber o que não é imediatamente óbvio, de estabelecer constructos,

principalmente não verbais (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999). O instrumento é constituído por um caderno de aplicação e folha de respostas, sendo que o caderno de aplicação é composto por 36 itens divididos em três séries. Os itens do teste são apresentados sob forma de desenho ou matriz, disposta em ordem de dificuldade crescente. A tarefa da criança consiste em escolher, entre as alternativas colocadas na metade inferior da página, a que melhor completa a parte que falta no desenho. Os totais parciais de cada série permitem determinar a consistência da pontuação, que indica a validade do resultado.

- **Inventário de Depressão Infantil – CDI** foi criado por Kovacs em 1983 nos Estados Unidos, a partir de uma adaptação do Beck Depression Inventory para adultos. O CDI tem sido descrito como psicometricamente satisfatório em diversos países e em nível nacional, bem como tem sido amplamente utilizado no contexto de pesquisas que abordam o constructo da depressão em criança (Almeida, Barbosa, Gaião e Gouveia, 1995; Wathier Dell’Aglia & Bandeira, 2008). O objetivo específico do CDI é verificar a presença e a severidade de sintomas de depressão em jovens de sete a 17 anos, a partir de seu autorrelato identificando suas alterações afetivas. O instrumento é composto por 27 itens, com três alternativas de resposta sob forma de afirmativas, dentre as quais a criança deve escolher a que melhor descreve o seu estado no período atual. Cada afirmativa tem uma pontuação que varia de 0 a 2 indicando a severidade dos sintomas na ordem crescente de pontuação. Os critérios de correção dos dados coletados serão baseados nas normas estabelecidas no estudo de Wathier et al. (2008), o qual demonstrou boa consistência interna do instrumento (alfa de Cronbach de 0,85) o que indica que a adaptação brasileira do instrumento está adequada. Portanto, o escore total será calculado pela soma das pontuações referentes às escolhas da criança, que é transformada em um percentil estimado, considerando o sexo e a idade da criança. Classifica-se clinicamente significativo o percentil a partir de 85.

- **Método de Rorschach - Sistema Compreensivo (SC):** Este instrumento foi elaborado por Hermann Rorschach em 1921, na Suíça. Trata-se de uma técnica projetiva (subjetiva) e psicométrica (objetiva), construída para avaliar uma ampla gama de características de personalidade. É composta por dez cartões, cinco contendo manchas escuras e outros cinco contendo manchas coloridas, os quais sevem de estímulos pouco organizados que levam o indivíduo em avaliação a expressar conteúdos associativo-perceptivos representativos de seu mundo interno. A aplicação é individual e exige que os examinandos identifiquem o que os borrões de tinta construídos parecem em resposta à pergunta “O que isso poderia ser?”. Cada resposta, ou solução para a tarefa, é codificada de acordo com orientações

padronizadas através de um número de dimensões e os códigos são então resumidos em escores e, posteriormente, são interpretados seguindo o Sistema Compreensivo (Exner, 2003) e as normas utilizadas para o teste são específicas para a nossa população goiana publicada por Resende, Carvalho e Martins (2012). Para este estudo serão avaliadas somente as variáveis referentes aos aspectos afetivos e ao índice de depressão:

- a) DEPI (índice de depressão crônica)
- b) EB (estilo como vivência suas emoções no mundo)
- c) C', Y, T, V (experiências afetivas dolorosas e desagradáveis)
- d) WsumC : Sum C' (índice de constrição afetiva)
- e) Afr (índice de afetividade)
- f) 2AB+Art+Ay (índice de intelectualização)
- g) CP (falsas emoções positivas típica de mecanismos bipolares/ciclotímicos)
- h)FC : CF+C+Cn (estilo de modulação dos afetos)
- i) S (raiva e ressentimentos)
- j) Blends (manejo de estimulações afetivas mais complexas)
- k) Cor-Somb (ambivalência afetiva)

Procedimentos

Esse estudo caracterizou-se por ser de risco mínimo aos participantes e foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUC-GO, tendo seguido os preceitos éticos que regem a realização de pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 0466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução do Conselho Federal de Psicologia 016/2000. O projeto de pesquisa foi apresentado ao Juiz responsável pelo Juizado da Infância e Juventude de Goiânia, o qual, após ficar ciente da natureza do estudo e aprovar a execução do mesmo, autorizou o acesso às instituições de acolhimento. Após esta autorização para a execução da pesquisa, a equipe técnica do Juizado da Infância e Juventude selecionou duas instituições de acolhimento onde o projeto foi executado, sendo uma delas destinada à crianças do sexo masculino e a outra tanto para meninas quanto para meninos.

Concomitante a esse processo, o projeto de pesquisa também foi apresentado à Secretaria Municipal de Educação de Goiânia, pois o grupo de crianças que moravam com suas famílias (GF), foi selecionado em escolas públicas. Após o secretário ter ficado ciente da natureza do estudo, autorizou a realização da pesquisa e o departamento responsável por pesquisas desta secretaria indicou três escolas municipais da grande Goiânia que atendiam as necessidades do estudo.

A triagem dos participantes nas instituições de acolhimento (GI) foi realizada junto a equipe técnica de cada instituição. A triagem dos participantes que moravam com suas famílias (GF), nas escolas municipais foi realizada junto com a coordenação e professores de cada instituição de ensino. Após esta etapa, foi obtido o TCLE dos responsáveis de todos os participantes, onde ficou assegurado o assentimento dos responsáveis em relação à participação de cada criança. Antes de assinar TCLE, foi entregue uma carta (anexo A) aos responsáveis, a qual prestava esclarecimentos quanto à metodologia e aos objetivos do estudo, assim como quanto ao sigilo de qualquer informação em relação à identificação individual e direitos de qualquer participante. Além disso, todas as crianças que participaram do estudo foram contatadas e esclarecidas sobre a pesquisa e deram o consentimento verbal, caracterizando a voluntariedade de cada um que contribuiu para a concretização do trabalho.

No que tange ao GI, a pesquisadora investigou os prontuários das crianças na faixa etária do estudo (7 a 11 anos) para coletar dados referentes à idade, escolaridade, motivo de acolhimento e tempo de acolhimento. Em seguida foi aplicado o CBCL nos cuidadores das instituições. Os cuidadores são as pessoas que cuidam diariamente das crianças nas instituições de acolhimento, portanto são as pessoas mais aptas para fornecer informação sobre como elas se comportam nas mais diversas situações do dia-a-dia.

No que diz respeito ao GF, seus responsáveis foram contatados por telefone, informados brevemente sobre a natureza da pesquisa, caso interessavam pela participação da criança no estudo, era agendado um horário na própria escola para maiores esclarecimentos e entrega da carta, assinatura do TCLE, preenchimento do questionário sócio demográfico e do CBCL. Todos os responsáveis pelas crianças das escolas municipais que foram contatados autorizaram suas crianças a participar da pesquisa e demonstraram disponibilidade em ir até a escola e responder aos instrumentos.

Os outros instrumentos (Raven Escala Especial, CDI e Rorschach SC) foram aplicados pela pesquisadora nas próprias instituições de acolhimento e de ensino, de forma individual e em horários combinados com antecedência respeitando a rotina de cada criança. Nenhuma criança apresentou resistência durante a execução das tarefas propostas, porém um número pequeno (N=6) apresentou um pouco de cansaço na execução do Rorschach SC. Esse cansaço foi administrado com breves intervalos para tomar água ou ir ao banheiro.

Em relação ao tempo de aplicação dos instrumentos o Raven Escala Especial e o CDI tiveram média de 25 minutos de duração cada um deles e Rorschach SC teve uma

média de aplicação de 50 minutos aproximadamente. No caso do Rorschach, por ser um teste mais complexo para corrigir, todos os protocolos foram codificados pela primeira autora deste trabalho e, para verificar a confiabilidade da codificação dos testes, 20% de todos os protocolos úteis, selecionados aleatoriamente, também foram codificados por outra psicóloga, que desconhecia os objetivos deste estudo, para que o exame de concordância entre dois juízes (primeira autora e a psicóloga cega), por meio do coeficiente Kappa, fosse realizado.

Após o cálculo do Kappa, todos os testes corrigidos foram lançados no Software RIAP5-FE, programa de computador criado por Exner e Weiner (2004), concebido para auxiliar o psicólogo especializado no método de Rorschach SC na pontuação e interpretação dos resultados, o que diminui a probabilidade de erro de codificação e levantamento dos índices quantitativos do teste.

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* – versão 12.0, mediante estatística descritiva e comparativa (Teste t de *Student* para amostras independentes, Teste do Qui-Quadrado e Correlação de Pearson). O nível de significância adotado foi de 0,05.

RESULTADOS

O objetivo geral deste estudo foi analisar sintomas depressivos e comportamentais em um grupo de crianças em situação de acolhimento institucional (GI) comparando com outro grupo de crianças que viviam com suas famílias (GF). Para atingir esse objetivo procurou-se assemelhar as crianças do GF com as crianças do GI, como são descritos a seguir.

No que se refere às crianças do GI, após analisar os seus prontuários, verificou-se que eram originárias de várias regiões da grande Goiânia sendo que 21,7% (N= 5) foram da região Noroeste, 13% (3) da região Sul, 8,8 (2) da região Central, 17,3% (4) de outras regiões de Goiânia (região Oeste, Leste, Sudoeste e Norte), bem como 30,4% (7) foram originárias de outras cidades. Em 8,8% (2) não constava no prontuário onde residiam antes de ocorrer o acolhimento, como mostra o gráfico abaixo.

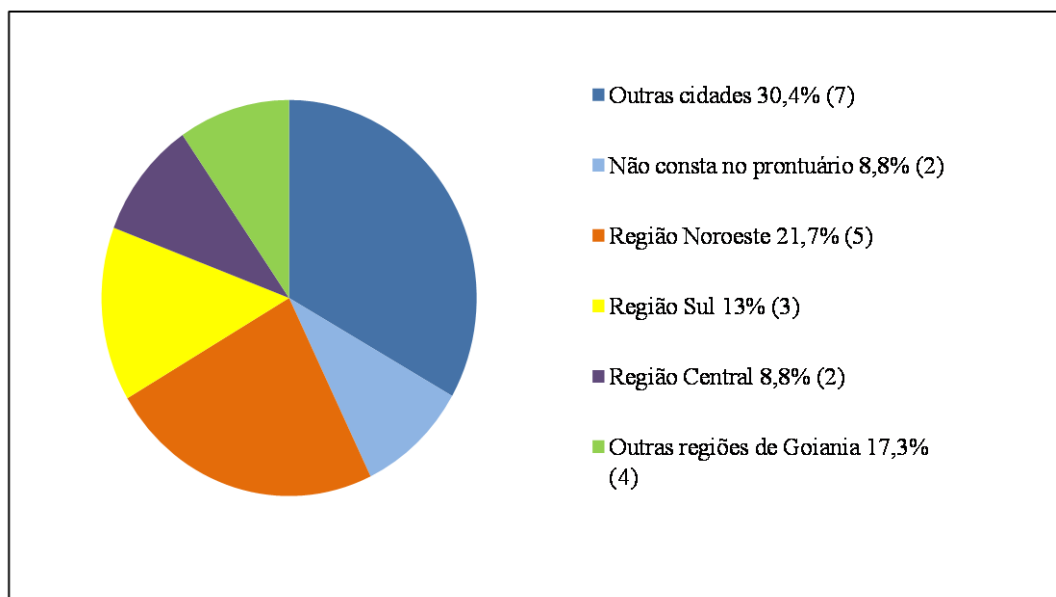


Figura 2. Regiões geográficas da grande Goiânia onde as crianças em situação de acolhimento residiam antes do acolhimento.

Os motivos dos acolhimentos descritos nos prontuários das crianças do GI foram: risco social, abandono de incapaz, abuso sexual, maus tratos, violência doméstica, violência física e medida protetiva. Em alguns prontuários constavam mais de um desses motivos citados.

Quanto ao tempo de acolhimento, variou de um mínimo de quatro meses a um máximo dois anos e 11 meses ($M = 13,56$). Todas as crianças deste grupo eram de famílias de classe socioeconômica baixa, e pelo menos um de seus genitores tinha envolvimento com drogas. O ponto positivo era que todas as crianças acolhidas estavam frequentando a escola regularmente.

No que tange ao GF, sua constituição foi assemelhada ao GI no que diz respeito ao aspecto socioeconômico. Essas crianças também foram provenientes de regiões socioeconômicas desfavorecidas de Goiânia: a grande maioria proveniente das Regiões Noroeste ($N=12$; 44,3%) e Norte ($N=11$; 46,6%) e algumas da Região Sul ($N=3$; 11,1%), onde também estava localizada cada uma das escolas municipais disponibilizadas para a pesquisa. As famílias das crianças do GF tinham uma média de 4,2 habitantes por residência e média de renda per capita no valor de trezentos e trinta e seis reais e setenta e seis centavos (R\$ 336,76). Setenta e quatro por cento ($N=20$) destas famílias possuíam residência própria, 14,8% ($N=4$) residiam em casas alugadas e 11,1% ($N=3$) moravam em propriedades cedidas por familiares. Em relação aos familiares residentes na casa, 66,7%

das crianças (N=18) residiam com os pais biológicos, 14,8% (N=4) com padrasto ou madrasta e 18,5% (N=5) residiam somente com a genitora.

A idade e o sexo dos participantes estão detalhados na Tabela 10 seguir.

Tabela 10. Perfil dos participantes em relação ao sexo e idade.

Variáveis	Especificações	GI		GF	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	17	73,9	18	66,7
	Feminino	6	26,1	9	33,3
Idade	7 anos	3	13	3	11,1
	8 anos	2	8,7	5	18,6
	9 anos	3	13	3	11,1
	10 anos	9	39,1	9	33,3
	11 anos	6	26,2	7	25,9
Total		23	100	27	100

Ao comparar a idade das crianças através do Teste t de *Student*, não foi encontrada diferença estatística entre elas. A média de idade de ambos os grupos foi bastante aproximada com o GI apresentando idade média de 9,57 anos (DP = 1,34) e o GF apresentando idade média de 9,44 anos (DP = 1,36).

Tanto o GI quanto o GF apresentaram características semelhantes em relação aos aspectos demográficos, o que permite fazer comparações entre eles. Assim, a variável acolhimento institucional permaneceu como um aspecto bastante discrepante entre os dois grupos.

Resultados do Raven

Os resultados obtidos no Raven Escala Especial, conforme Tabela 11 abaixo revelou que no GI, 8,7% (2) das crianças apresentaram capacidade intelectual acima da média (classificação II – percentil entre 75 e 94), 87% (20) apresentaram capacidade intelectual na média (classificação III – percentil entre 26 e 74) e 4,3% (1) apresentou capacidade intelectual abaixo da média (classificação IV – percentil entre seis e 25).

Já no GF, 14,8% (N= 4) das crianças apresentaram capacidade intelectual superior (percentil \geq 95), 37% (10) estavam acima da média (percentil entre 75 e 94), 44,5% (12) estavam na média (percentil entre 26 e 74) e 3,7% (1) apresentou capacidade intelectual abaixo da média (percentil entre 6 e 25). Esses resultados asseguraram que todas as crianças que participaram do estudo não apresentavam deficiência intelectual (percentil < 0,6). Por meio do Test t, observou-se resultados significativamente maiores para o GF no

Raven Escala Especial, tanto no que diz respeito ao percentil quanto aos escores bruto no teste. Isto indica que as crianças do GF normalmente observam e analisam as situações com mais clareza do que o GI.

Tabela 11. Classificação dos resultados do Raven Escala Especial e o Nível de significância pelo Teste *t* por grupo.

Variáveis e Grupos	GE (DP)	GC (DP)	<i>t</i>	sig
Escore Bruto médio no Raven e DP	23,57 (2,85)	25,74 (3,72)	-1,93	0,05
Percentil Médio no Raven e DP	56,09 (17,77)	70,00 (20,66)	-20,66	0,01
Percentil ≥ 75	8,7% (2)	51,8% (14)	-	-
26 < Percentil < 75	87% (20)	44,5% (12)	-	-
6 \leq Percentil \leq 25	4,3% (1)	3,7% (1)	-	-

DP = desvio padrão

Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$

Resultados do CBCL

Foi realizada análise estatística dos dados do CBCL através do Test *t* de *Student*, com o objetivo de realizar comparação entre os grupos no que diz respeito aos comportamentos das crianças observados por familiares e os cuidadores das instituições de acolhimento. Os resultados obtidos foram descritos na Tabela 12 abaixo:

Tabela 12. Média, Desvio Padrão e Test *t* dos resultados do CBCL por grupo.

CBCL (variáveis)	Contexto	M	DP	<i>t</i>	Sig.	
Escala Internalizante	Instituição	75,22	21,56	0,981	0,33	
	Família	68,33	27,11	-	-	
	▪ Ansiedade/Depressão	Instituição	72,87	17,57	0,718	0,47
	Família	76,59	18,83	-	-	
	▪ Retraimento/Depressão	Instituição	81,13	19,25	2,539	0,01
	Família	68,19	16,80	-	-	
Escala de Externalizante	▪ Queixas somáticas	Instituição	66,22	17,85	0,266	0,79
	Família	64,96	15,43	-	-	
	Escala de Externalizante	Instituição	88,78	19,71	5,043	0,00
		Família	51,44	30,46	-	-
	▪ Quebra de regras	Instituição	89,43	13,98	7,799	0,00
	Família	60,26	12,46	-	-	
▪ Comportamentos agressivos	Instituição	88,87	15,35	4,593	0,00	
	Família	65,56	19,77	-	-	

M = média; DP = desvio padrão.

Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$

Após analisar os dados foi percebido que não houve diferença estatisticamente significativa na Escala de Problemas Internalizantes, apenas foi encontrado tal diferença na subescala Retraimento/Depressão onde as crianças do GI apresentaram média de pontuação de 81,13 (DP=19,25; $p=0,01$) e as crianças do GF apresentaram média de pontuação de 68,19 (DP=16,80).

Por sua vez, na Escala de Problemas Externalizantes houve diferenças estatísticas significativas onde às crianças do GI ($M=88,78$; $DP=19,71$; $p=0,00$) apresentaram média de pontuação maior que as crianças do GF ($M=51,44$; $DP=30,46$).

Resultados do CDI

Ao comparar os resultados dos grupos de uma forma geral ou separando as crianças por sexo, mediante o Teste t de Student, obteve-se os seguintes resultados descrito na Tabela 13 abaixo.

Tabela 13. Média, Desvio Padrão e Teste t em relação aos resultados do CDI, por grupo.

	Contexto	N	M	DP	t	Sig
CDI	Instituição	23	12,61	6,27	2,902	0,04
	Família	27	8,22	3,92	-	-
	Sexo					
	Feminino					
	Instituição	6	13,5	6,19	3,117	0,01
	Família	9	6,22	2,81	-	-
	Masculino					
	Instituição	17	12,29	6,47	1,591	0,10
	Família	18	9,22	4,08	-	-

M = média; DP = desvio padrão.

Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$

Comparando os resultados brutos do CDI entre os grupos, encontrou-se diferença significativa: o GI apresentou média maior de pontuação de sintomas depressivos ($M = 12,61$; $DP = 6,28$) do que o GF ($M = 8,22$; $DP = 3,92$). Em relação ao sexo foram encontradas diferenças significativas somente quando separadas por grupo sendo que as meninas que moravam em instituições de acolhimento tiveram escores mais altos ($M = 13,5$; $DP = 6,19$) do que as meninas que moravam com a família ($M = 6,83$; $DP = 3,71$). Em relação a cada grupo (instituição e família) não foi encontrada diferenças significativas intragrupos na média de pontuação entre meninos e meninas. Ou seja, não houve diferença entre os meninos e meninas do GI e nem entre meninos e meninas do GF, no que diz respeito aos sintomas depressivos.

Para diagnosticar as crianças com sintomatologia depressiva foram utilizadas a tabela de normatização do CDI e os parâmetro de classificação do estudo de Wathier, Dell’Aglío e Bandeira (2008). Assim, no que tange ao GI, 34,8% (N=8) foram consideradas clinicamente significativas, e no GF apenas 11,11% (N=3) apresentaram sintomatologia depressiva. O Teste do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 4,05$; $df = 1$; $p = 0,04$) revelou associação significativa entre a sintomatologia depressiva e crianças institucionalizadas (GI).

Verificou-se também se havia alguma relação entre tempo de acolhimento e sintomas depressivos clinicamente significativos no GI. O resultado foi descrito na Tabela 14.

Tabela 14. Média, Desvio Padrão e Teste *t* do tempo de acolhimento (meses).

Variável	N	M	DP	<i>t</i>	Sig.
Tempo de acolhimento (meses)	23	13,56	9,4	-	-
Tempo de acolhimento (meses)					
Cçs clinicamente significativas	8	11,00	11,36	-0,953	0,351
Cçs clinicamente não significativas	15	14,93	8,28	-	-

M = média; DP = desvio padrão.

Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$

Nessa amostra não foi encontrada diferença significativa entre as crianças consideradas clinicamente significativas e as crianças clinicamente não significativas em relação ao tempo de acolhimento. Ou seja, não foi observada qualquer relação entre o tempo de acolhimento maior ou quantidade ou intensidade de sintomas de depressão nas crianças estudadas.

Foi realizada a análise de cada item do CDI com o objetivo de verificar se os sintomas depressivos manifestavam de forma diferente entre as crianças do GI e do GF. Os itens que apresentaram diferença significativa através do Teste *t* de Student estão descritos na Tabela 15 a seguir:

Tabela 15. Média, Desvio Padrão e Teste *t* dos itens do CDI que apresentaram diferença significativa entre os grupos.

Itens do CDI	Contexto	M	DP	<i>t</i>	Sig.
7. Eu me detesto.	Instituição	0,13	0,34	1,972	0,05
	Família	0,07	0,26	-	-
10. Tenho vontade de chorar todos os dias.	Instituição	0,57	0,84	2,866	0,00
	Família	0,07	0,26	-	-
15. Eu tenho sempre que me forçar para fazer minhas lições escolares.	Instituição	1,04	0,82	3,839	0,00
	Família	0,30	0,54	-	-
23. Estou indo mal em matérias que antes eu ia bem.	Instituição	0,83	0,83	4,118	0,00
	Família	0,11	0,32	-	-
27. Eu me meto em brigas o tempo todo.	Instituição	0,39	0,58	2,148	0,03
	Família	0,11	0,32	-	-

Todos os itens acima relacionados foram predominantes no GI. As crianças institucionalizadas apresentaram mais baixa autoestima (item 7), choro fácil (item 10), dificuldade escolar (item 15 e 23) e dificuldade na relação com o outro (item 27) comparado com as crianças que vivem com suas famílias.

Resultados do Rorschach SC

Antes de analisar os dados do Rorschach, calcularam-se os índices de concordância entre os juízes (n= 10 protocolos, respostas= 248). A Tabela 16 demonstra que os resultados são satisfatórios e indicam que correção do método de Rorschach para esse estudo é considerada confiável. Os percentuais de concordância variaram de 0,89 a 1,00 e os valores Kappa foram de 0,82 a 0,99.

Tabela 16. Correlação entre juízes em segmentos de codificação do Rorschach (n= 10 protocolos, número de respostas= 248).

Segmentos de Codificação	% Agree	Kappa
Localização e Espaço (4 variáveis)	0,98	0,97
Localização e Espaço (2 variáveis)	1,00	0,99
DQ (+, o, v /+,v)	0,97	0,92
Determinantes (11 variáveis)	0,96	0,89
FQ (None, +, o, u,-)	0,95	0,90
Pares	0,96	0,84
Conteúdos (27 variáveis)	0,89	0,82
P	0,99	0,93
Z Score	0,90	0,80
Códigos Especiais (14 variáveis)	0,95	0,83

A Tabela 17 mostra as análises estatísticas descritivas e comparativas das variáveis relacionadas aos aspectos afetivos do Rorschach, comparando o GI e GF.

Tabela 17. Média, Desvio Padrão e Teste *t* em relação às variáveis dos aspectos afetivos do Rorschach SC, por grupo.

Variáveis do Rorschach-SC	Contexto	M	DP	T	Sig.
WSumC	Instituição	1,85	1,79	-0,182	0,856
	Família	1,76	1,64		
SumC (FC+CF+C+Cn)	Instituição	2,04	1,80	-0,596	0,554
	Família	2,37	2,04		
C	Instituição	0,35	0,77	2,015	0,050
	Família	0,04	0,19		
Sum C'	Instituição	0,78	0,85	-1,489	0,143
	Família	1,26	1,32		
Sum T	Instituição	0,30	0,70	1,009	0,318
	Família	0,15	0,36		
Sum V	Instituição	0,26	0,62	0,800	0,428
	Família	0,15	0,36		
Sum Y	Instituição	0,43	0,73	-0,660	0,512
	Família	0,63	1,24		
Afr	Instituição	0,46	0,10	1,154	0,254
	Família	0,43	0,84		
Ind. Intelectualização	Instituição	0,65	0,98	1,061	0,294
	Família	0,41	0,64		
S	Instituição	2,48	2,71	-0,613	0,543
	Família	2,93	2,45		
Blends	Instituição	1,43	1,31	-1,384	0,173
	Família	2,11	2,01		
Cor-Somb Blends	Instituição	0,13	0,34	-0,831	0,410
	Família	0,22	0,42		
Índice Egocentrismo	Instituição	0,31	0,18	0,750	0,457
	Família	0,27	0,17		
Ind. Isolamento	Instituição	0,12	0,12	0,879	0,384
	Família	0,15	0,14		
FD	Instituição	0,30	0,56	0,046	0,964
	Família	0,30	0,67		
MOR	Instituição	0,83	1,03	-0,094	0,925
	Família	0,85	0,91		
COP	Instituição	0,26	0,62	-2,403	0,020
	Família	1,07	1,57		
DEPI	Instituição	3,74	1,18	-0,304	0,762
	Família	3,85	1,41		

M = média; DP = desvio padrão.

* Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$

Fazendo a comparação entre os grupos, foi encontrada pouca diferença estatisticamente significativa em relação à dinâmica dos aspectos afetivos das crianças institucionalizadas com as crianças que residem em família. Houve diferença significativa somente em duas variáveis: C e COP. Na variável C [GI= 0,35 (DP=0,77; $p=0,05$) GF= 0,04 (DP=0,19)], nota-se que as crianças do GI tendem a se expressar afetivamente sem modulação, mediante violentas descargas afetivas, mostrando-se frequentemente mais imaturas e intempestivas do que as crianças da mesma idade do GF. Em relação à variável COP [GI=0,26 (DP=0,62); GF=1,07 (DP=1,57; $p=0,02$)], os dados sugerem que as crianças do GF tendem a serem mais acolhedoras, cooperativas e simpáticas nas relações do que às crianças do GI (Exner, 2003; Resende, 2009).

Em relação aos dados normativos utilizados (Resende, Carvalho & Martins, 2012), as crianças institucionalizadas apresentaram pontuação acima do esperado na variável

SumV que indica desconforto emocional mediante autocríticas negativas, auto desvalorização que gera sentimentos de insatisfação e tristeza (Resende, 2009). A média de pontuação esperado para esta variável é de 0,0 (DP=0,2) e as crianças institucionalizadas atingiram média de pontuação no valor de 0,26. Já as crianças que vivem em família apresentaram pontuação acima da média esperada na variável SumC' que sugere constrição afetiva, freio à expressão emocional de difícil solução que pode gerar tristeza ou irritabilidade (Resende, 2009). Para esta variável a média esperada é no valor de 0,4 (DP=0,7) e as crianças que vivem em família apresentaram média de 1,26.

Seguindo a hipótese deste estudo de que sintomas depressivos na infância apresentam características semelhantes aos sintomas depressivos no adulto, porém com manifestações comportamentais diferentes, foi realizada, por meio **da correlação de Pearson**, a **associação** entre as seguintes variáveis que apresentaram resultados significativos: variável C e COP do Rorschach, pontuação alta no CDI e os itens 10 e 27 deste instrumento e a Escala de externalização e as subescalas Comportamentos Agressivos e Quebra de Regras do CBCL, utilizando a amostra total do estudo (N=50), como mostra as Tabelas 18 e 19 abaixo:

Tabela 18. Correlação entre a variável C do Rorschach, CDI pontuação, item 10 do CDI, Escala de Externalização e a subescala de Comportamentos Agressivos do CBCL.

	C↑	CDI	Item 10 CDI
CDI	0,15	-	
Item 10 CDI	0,19	-	-
Escala de Externalização	0,23	0,43*	0,36*
Comportamentos Agressivos	0,28*	0,37*	0,38*

* Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$

Os resultados descritos na Tabela 18 mostraram que houve correlação significativa entre os comportamentos externalizantes mensurados pelo CBCL e os sintomas depressivos avaliados pelo CDI ($r = 0,43$) e também houve correlação significativa entre os comportamentos externalizantes e o sintoma específico descrito no item 10 do CDI – choro fácil ($r = 0,36$). No que tange em específico aos Comportamentos agressivos, este apresentou correlação significativa com a variável C do Rorschach ($r = 0,28$), com sintomas depressivos ($r = 0,37$) e com o sintoma específico choro fácil ($r = 0,38$).

Tabela 19. Correlação entre a variável COP do Rorschach, pontuação no CDI, item 27 do CDI e as Subescalas de Comportamentos Externalizantes do CBCL (Comportamentos Agressivos e Quebra de Regras).

	Cop↓	Item 27 CDI	Quebra de Regras
Item 27 CDI	-0,13	-	
Quebra de Regras	-0,21	0,26	-
Comportamentos Agressivos	0,03	0,30*	0,88*

* Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$

Segundo os resultados descritos na Tabela 19, a variável COP do Rorschach não apresentou correlação significativa entre as variáveis do CBCL [Quebra de Regras ($r = -0,21$) e Comportamentos Agressivos ($r = 0,03$)], e nem entre as variáveis do CDI (pontuação alta no CDI e item 27). Por outro lado, Comportamentos Agressivos apresentou correlação significativa com o item 27 do CDI – Eu me meto em brigas o tempo todo ($r = 0,30$).

Nota-se que os comportamentos agressivos apresentaram correlação estatisticamente significativa com sintomas depressivos avaliados pela pontuação total do CDI, em específico, com os itens 10 e 27 que indicam respectivamente choro fácil e dificuldades comportamentais (brigas) e com a variável C do Rorschach que indica afetividade sem modulação com violentas descargas afetivas.

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu analisar sintomas depressivos e comportamentais em crianças que residiam em instituições de acolhimento (GI), comparando-as com aquelas que residem em família (GF). Destaca-se que foi avaliada a presença de sintomas depressivos, mas não no sentido de diagnóstico nosológico. A presença de sintomas depressivos, num grau acima da média da amostra normativa, pode sugerir uma possível síndrome depressiva, sendo aconselhável a investigação clínica mais aprofundada para providenciar diagnóstico e tratamento (Wathier e Dell'Aglio, 2007).

Inicialmente buscou-se garantir a semelhança entre os grupos de crianças (GI e GF) no que diz respeito à idade, sexo e nível socioeconômico, além de garantir que as crianças não apresentavam nenhum tipo de déficit intelectual que pudesse interferir na compreensão das atividades de avaliação psicológica. Pelos resultados obtidos, observou-se que a variável acolhimento institucional permaneceu como característica diferente entre os dois grupos, uma vez que as variáveis demográficas eram muito semelhantes. Em relação ao

sexo, neste estudo houve uma predominância de crianças do sexo masculino. Esse achado se deve ao fato de uma das instituições de acolhimento indicadas para a pesquisa acolher somente meninos.

O nível socioeconômico semelhante foi garantido ao buscar crianças não institucionalizadas que viviam em regiões sócioeconômicas desfavorecidas e de onde parte das crianças do GI (N=9; 39,1%) era provenientes antes de serem acolhidas. O acesso à saúde, educação, transporte, e saneamento era precário. A região noroeste, onde morava boa parte das crianças desse estudo (N=17 e 34 %), é uma área de risco que esbarra na territorialização do tráfico de drogas e violência, onde o poder público praticamente não lança projetos de inclusão dessa população pobre, de maioria analfabeta e sem qualificação profissional (Peixoto, Silva, Pereira, Silva, Borges, Souza, Carvalho, Nunes, Bastos, Araújo, Silva, Vieira & Chaveiro, 2012).

Em relação ao nível de desenvolvimento cognitivo, observou-se por meio dos resultados do Raven Escala Especial que o GF apresentou médias significativamente maiores ($p \leq 0,05$) do que o GI tanto em relação ao escore bruto ($M_{GF} = 25,74$ e $DP_{GF} = 4,72$; $M_{GI} = 23,57$ $DP_{GI} = 2,85$) quanto em relação ao percentil ($M_{GF} = 70,00$; $DP_{GF} = 20,66$; $M_{GI} = 56,09$ e $DP_{GI} = 17,77$). Esse dado indica maior estimulação escolar e maior capacidade de raciocinar por analogias, de observar e pensar com mais clareza que as crianças do GI. Isso possivelmente aconteceu devido ao fato de as crianças institucionalizadas não frequentarem as aulas assiduamente e em alguns casos de nem estarem frequentando as aulas antes do acolhimento. Em muitos casos do GI, suas famílias não prestavam assistência necessária para um desenvolvimento intelectual adequado, como também se tratavam de crianças que tinham sofrido algum tipo de violação e/ou estavam com algum sofrimento psíquico. Vários estudos sustentam que crianças vitimizadas frequentemente apresentam dificuldade de aprendizagem, baixo rendimento escolar e prejuízos em funções neurocognitivas como a inteligência (Cruvinel & Boruchovitch, 2004; Dell'Aglio & Hutz, 2004; Rosas & Cionek, 2006; Milani & Loureiro, 2009; Pereira, Santos & Williams, 2009; Oliveira, Scivoletto e Cunha, 2009).

No que tange ao CBCL, um instrumento de heterorrelato que propicia a criança ser avaliada de acordo com o ponto de vista de um adulto que convive com ela, seu objetivo foi demonstrar a percepção parental no GF e a percepção dos cuidadores no GI sobre os comportamentos das crianças no cotidiano. Essas informações são de suma importância, devido o adulto dispor de recursos verbais mais desenvolvidos do que a criança (Rothbart, Ahadi & Evans, 2000). Os pais são considerados os informantes por excelência da

personalidade das crianças, pois são capazes de observar uma variedade de comportamentos em diferentes situações e por longo intervalo de tempo, tendo acesso a comportamentos que, para outros, podem parecer infrequentes (Rothbart & Bates, 1998). O relato de cuidadores é também bastante utilizado desde que interajam por um período de tempo considerável com as crianças. Assim, eles possuem um amplo referencial com base no qual respaldam suas respostas (Laidra, Allik, Harro, Merenakk & Harro, 2006).

Os resultados deste instrumento demonstraram que as crianças institucionalizadas apresentaram mais problemas internalizantes do que as crianças que vivem com suas famílias, porém a diferença não foi significativa. Houve diferença significativa somente em relação à subescala Retraimento/Depressão onde as crianças do GI atingiram pontuação maior ($M=81,13$; $DP= 19,25$; $p=0,01$) do que as crianças do GF ($M=68,19$; $DP=16,80$).

Avanci et al. (2009) estudaram a associação de comportamento retraído/depressivo em crianças através do CBCL e a presença/ausência de violências vividas em casa, na comunidade e nas escolas e seus resultados demonstraram que as diversas vitimizações tendem a estarem mais próximas do comportamento de retraimento/depressão a nível clínico. Os resultados encontrados neste estudo corroboram com os achados dos autores acima citados, já que todas as crianças que formaram o GI estavam acolhidas por terem sofrido um ou mais tipos de violência (vide pagina 49).

No que tange à Escala de comportamentos externalizantes as crianças do GI atingiram média de pontuação significativamente maior ($M=88,78$; $DP=19,71$; $p=0,00$) do que as crianças que vivem com suas famílias ($M=51,44$; $DP=30,46$). Isso indica que as crianças do GI estão mais predispostas a comportamentos impulsivos, coercitivos e opositores que são típicos de hiperatividade, irritabilidade e comportamentos de agressão persistentes. No entanto este estudo revelou que comportamentos agressivos estão relacionados com sintomas depressivos em crianças ($r = 0,28$).

Geralmente crianças residentes em lares/abrigos que foram expostas à violência interparental apresentam problemas de comportamento externalizantes de nível clínico mais alto do que crianças que não foram expostas a violência como ficou revelado neste estudo pelas crianças do GI (Fantuzzo, Depaola, Lambert, Martino & Sutton, 1991). A exposição a tais situações acarreta prejuízo na saúde mental dessas crianças, ocasionando depressão, agressividade, isolamento e reduzida auto-estima (Corrêa e Williams, 2000).

Foi realizado neste estudo a correlação entre comportamentos externalizantes e sintomas depressivos, onde foi encontrada correlação significativa entre essas variáveis (r

= 0,43), ou seja, as crianças com escores mais elevados de sintomas depressivos em sua autoavaliação, obtiveram também escores de comportamentos externalizantes mais altos na percepção de seus responsáveis. Esses achados vão de encontro com o estudo de Rodrigues (2013) que investigou sintomas depressivos e dificuldades comportamentais em crianças em idade escolar por meio do CDI e do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) onde também detectou que, crianças que apresentam mais sintomas depressivos, apresentam também mais dificuldades comportamentais na percepção dos pais.

Segundo Pesce (2009), quando a criança está apresentando comportamentos externalizantes, como agressividade e transgressão, ela está tentando denunciar algo que esteja acontecendo com ela, seja maus tratos, solidão ou outra dor, e quando não diagnosticados e tratados podem trazer muitos problemas ao desenvolvimento infanto-juvenil ao interferirem no cumprimento de tarefas evolutivas, como as requeridas pela escola por exemplo. Este autor alerta que crianças pequenas que apresentam esses tipos de comportamentos devem ser monitoradas mais de perto, pois constituem indícios de predisposição para desenvolverem comportamentos infracionais, de desrespeito às normas básicas de convivências com o outro e com o grupo em que estão inseridas, que são fatores de risco para inadaptação psicossocial na adolescência e vida adulta.

Outro achado interessante encontrado neste estudo foi à associação entre agressividade – avaliada pela subescala Comportamentos Agressivos que compõe a escala de Comportamentos Externalizantes – e os sintomas depressivos avaliados pelo CDI ($r = 0,37$). Nunes e Silva (2013) em uma revisão de literatura sobre sintomas depressivos em crianças e agressividade em bases de dados conceituadas, detectaram que tanto a agressividade quanto a depressão surgem, mais comumente após os 10 anos e que esses sintomas podem estar se sobrepondo e assim, a agressividade pode estar mascarando o diagnóstico da depressão na criança. No entanto não encontraram na literatura recente estudos que investigaram a associação entre essas duas sintomatologias segundo o CBCL. Logo esses autores realizaram um estudo em escolares com idade entre seis e 11 anos, por meio do CBCL, relacionando agressividade com retraimento/depressão e ansiedade/depressão, onde detectaram que a manifestação da agressividade poderia estar encobrindo os sintomas internalizantes, como os sintomas depressivos. Fato que pode ser observado com as crianças do GI, onde apresentaram mais comportamentos de agressividade e mais sintomatologia depressiva como será enfatizado a seguir.

Considerando CDI, temos a vantagem do uso de um instrumento de auto-relato para avaliar sintomas depressivos que permite a criança expressar como ela pensa, sente e se comporta de acordo com o seu próprio julgamento, oferecendo informações muitas vezes não disponíveis nos relatos de outros informantes (Measelle, Ablow, Cowan & Cowan, 2005; Meyer & Kurtz, 2006). Assim, comparando ambos os grupos em relação a tal instrumento, percebeu-se que as crianças do GI apresentaram médias significativamente maiores ($M = 12,61$; $DP = 6,27$) de sintomas depressivos do que o GF ($8,22$; $DP = 3,92$). Esses achados confirmam os dados da literatura que sustentam que crianças que vivem em instituições de acolhimento apresentam mais sintomas depressivos do que as crianças que vivem com suas famílias (Dell'Aglio & Hutz, 2004; Wathier & Dell'Aglio, 2007).

Em se tratando da incidência dos sintomas depressivos, o GI apresentou mais crianças com sintomatologia depressiva ($N=8$; 34,8%) do que o GF ($N=3$; 11,1%). Alves e Lobato (2013) verificaram a incidência de sintomas depressivos em uma amostra de crianças e adolescentes em medida protetiva de acolhimento institucional, por meio do CDI, e encontraram 35% de incidência da patologia na amostra estudada. O resultado dos autores é bem próximo do apresentado neste estudo. Esses achados sugerem que a institucionalização pode ter um impacto negativo em diversas áreas do desenvolvimento da criança inclusive no que diz respeito a afetividade (MacLean, 2003). Bowlby (1997) aponta que a perda de cuidados maternos pode estar relacionada diretamente com o desenvolvimento do transtorno depressivo.

Em relação ao sexo foram encontradas diferenças significativas somente quando separadas por intergrupos, sendo que as meninas que moram em instituições de acolhimento tiveram escores mais altos ($M = 13,5$; $DP = 6,19$) do que as meninas que moram com a família ($M = 6,83$; $DP = 3,71$). Esse resultado confirma os resultados encontrado no estudo de Dell'Aglio, Borges e Santos (2004) e Wathier e Dell'Aglio (2007), onde as meninas institucionalizadas também apresentaram mais sintomas depressivos do que as meninas que viviam com suas famílias. Esses dados reforçam os dados encontrados na literatura de que os indivíduos do sexo feminino, desde muito cedo, apresentam um risco maior de desenvolver uma alteração afetiva do que os indivíduos do sexo masculino (Reppold, 2001).

Em relação às comparações intragrupos não foi encontrada diferença na média de pontuação entre meninos e meninas. Nas crianças, essa diferença entre sexos, dentro de um mesmo grupo, não tem sido evidenciada, como mostram o estudo de Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (2000). O fato do presente estudo não ter apresentado diferença entre os

sexos sustenta o pressuposto sugerido por Wathier e Dell'Aglio (2007) de que o CDI apresenta alta sensibilidade em detectar jovens potencialmente depressivos independente do sexo.

Quanto ao tempo de acolhimento do GI, não foi encontrada diferença significativa entre as crianças com sintomas depressivos e aquelas com ausência desses sintomas. Isto sugere que, para a amostra deste estudo, o tempo de acolhimento pode não estar diretamente relacionado com o surgimento de sintomas depressivos, mas outros fatores como o impacto emocional no momento do acolhimento, o motivo do acolhimento, a história de vida entre outros devem ser investigados. Segundo Dell'Aglio (2000), as crianças são institucionalizadas por estarem sofrendo algum tipo de negligência e/ou violência e, possivelmente, esses fatores sejam responsáveis pelo elevado índice de sintomas depressivos nesta população.

O GI apresentou autoestima mais baixa, choro fácil, dificuldade em realizar as atividades escolares e dificuldade na relação com o outro com mais frequência do que as crianças do GF (ver Tabela 15). De acordo com a literatura, esses sintomas são comuns em crianças com depressão. Bahls (2002) alerta que crianças nesta faixa etária - 7 a 11 anos - podem também apresentar tristeza, irritabilidade, aparência triste, fadiga, ansiedade de separação, fobias e até desejo ou fantasias de morte.

A avaliação de sintomas depressivos pode se tornar algo bastante complexo, principalmente, pelas dificuldades de expressão verbal e de conhecimento sobre as próprias emoções como ocorre na população infantil (Gauy, 2011). Essas informações das medidas de autorrelato são limitadas ao que a criança é capaz de dizer sobre si. Isso depende de sua capacidade cognitiva, de sua motivação para responder e do quanto consciente elas estão de suas características e comportamentos (Measelle, Ablow, Cowan & Cowan, 2005; Meyer & Kurtz, 2006). Por esse motivo, a inclusão do Método de Rorschach SC, um teste projetivo, pode contribuir para o entendimento dos processos psíquicos da criança, à medida que apresenta uma metodologia indireta e isso, muitas vezes, pode contornar as limitações dos instrumentos de autorrelato (Weiner & Greene, 2008), além de ajudar a compreender a forma particular de se comportar da criança. Assim, o instrumento projetivo pode complementar as informações levantadas pelos instrumentos de autorrelato e heterorrelato (Weiner & Greene, 2008).

O Rorschach SC foi utilizado neste estudo com a finalidade de trazer esse entendimento dos processos psíquicos das crianças institucionalizadas e não institucionalizadas focando somente no funcionamento dos aspectos afetivos. Segundo

Resende (2009) os aspectos afetivos no Rorschach descrevem a maneira e a tranquilidade com que a pessoa processa a experiência emocional, como lida com os sentimentos que surgem em si mesmo, como reage aos sentimentos de outras pessoas e como administra situações que envolvam uma carga emocional em situações mais complexas, pouco estruturadas, onde elas não sabem o que é esperado delas. Essas informações são diferentes quando comparadas com os instrumentos de auto e heterorrelato como o CDI e o CBCL. Nestes dois últimos instrumentos a criança é avaliada em situações simples, estruturadas, cotidianas, em que elas sabem o que é esperado delas.

Os resultados revelaram que as crianças que vivem em instituições de acolhimento apresentaram o funcionamento dos aspectos afetivos semelhantes às crianças que vivem com suas famílias apresentando diferença significativa apenas em duas variáveis: C puro (GI = 0,35 e GF = 0,04) e COP (GI = 0,26 e GF = 1,07). Esses resultados sugerem que as crianças do GI apresentavam violentas descargas emocionais, tendendo a se comportar de forma muito mais imaturas e intempestivas do que as crianças do GF e do que as crianças da mesma faixa etária, conforme estudo de Resende, Carvalho e Martins (2012). Estas crianças do GI apresentam maior dificuldade em controlar cognitivamente ou modular suas emoções do que seria esperado para a idade delas, apresentam descargas emocionais mais fortes o que leva a apresentar mais labilidade, instabilidade afetiva e reações afetivas mais agressivas, podendo indicar lapsos na modulação dos afetos que resultam em comportamentos inapropriados e desajustados para a idade delas (Exner, 2003).

As crianças do GI também se mostraram menos propensas a estabelecer vínculos afetivos positivos, acolhedores, de solicitude e cooperação (\downarrow COP) do que as crianças que vivem em famílias (\uparrow COP), que se revelaram bem mais prestativas e predispostas para trabalhar em grupo e estabelecer vínculos mais amigáveis (Exner, 2003). Ou seja, as crianças do GF naturalmente esperam mais frequentemente que as relações interpessoais sejam solícitas e benevolentes do que as crianças do GI.

Os resultados dessas duas variáveis (C e COP) são congruentes com os dados levantados por meio do CDI e do CBCL. O choro fácil (item 10 do CDI), significativamente mais frequente em crianças institucionalizadas, se revelou no Rorschach por meio da variável C, que indica que essas crianças provavelmente têm menos capacidade de administrar situações emocionais tão bem quanto o que seria esperado para sua idade. No entanto, a variável C está significativamente associada com o comportamento agressivo ($r = 0,28$) mais frequente no GI como foi observado pelo CBCL, uma vez que esse tipo de resposta emocional no Rorschach também implica em violentas

descargas afetivas, podendo ser perigosas tanto para as pessoas ao redor quanto para o próprio indivíduo que não consegue, nesse momento de descarga emocional abrupta e inesperada, pensar nas consequências de seus atos. Por sua vez, o comportamento agressivo apresentou associação significativa com choro fácil ($r = 0,38$), o que explicita essas violentas descargas afetivas apresentadas pela variável C do Rorschach.

A variável COP no Rorschach, significativamente menos frequente no GI, complementa as informações “Eu me meto em brigas o tempo todo” (item 27 no CDI) e as variáveis “Quebra de Regras” e “Comportamentos Agressivos” (subescala do CBCL) significativamente mais frequentes no GI. Ou seja, a menor predisposição para antecipar atitudes solícitas e amigáveis parece ser congruente com o grupo em que as crianças tendem a se envolver mais frequentemente em brigas e a quebrar regras de convivência. Por outro lado, comportamentos agressivos apresentaram correlação significativa entre o item 27 do CDI ($r = 0,30$) e entre a variável Quebra de Regra ($r = 0,88$), o que justifica o COP mais baixo no GI. Nesse sentido, as informações do Rorschach parecem ser complementares às informações dos instrumentos de auto e heterorrelato.

Percebe-se que a variável “comportamentos agressivos” apresentou correlação significativa com a “variável C” do Rorschach ($r = 0,28$), com sintomas depressivos mensurados pelo CDI ($r = 0,28$), com os “itens 10 e 27” do CDI ($r = 0,38$ e $r = 0,30$), e com a subescala “Quebra de Regras” do CBCL ($r = 0,88$). Isso mostra uma validade incremental entre esses três instrumentos, onde uma medida aporta poder explicativo sobre outra medida para predizer um critério relevante (Bryant, 2000). Apesar das correlações terem sido baixas, elas foram significativas, o que indica que quando a criança apresenta predisposição para comportamentos agressivos no CBCL, ela pode apresentar também dificuldade em seguir as regras impostas socialmente, pode ter alguns sintomas depressivos típicos de criança no CDI, bem como tendência a reagir mais frequentemente com violentas descargas afetivas não muito esperadas para essa faixa etária. Dessa forma, essas correlações apontam que, no que diz respeito a essas variáveis, esses instrumentos podem se complementarem na descrição desses comportamentos em crianças.

Um resultado inesperado foi o índice de depressão (DEPI) semelhante entre os dois grupos, ou seja, não houve diferença significativa entre o GI e GF, mas ambos com médias superiores ao esperado quando comparadas com a média das crianças do estudo normativo do Rorschach de Resende, Carvalho e Martins (2012). Esses dados nos permitem levantar duas hipóteses. A primeira é que – se as crianças institucionalizadas, embora estejam demonstrando comportamentos mais típicos de crianças com sintomas depressivos e com

mais problemas de comportamentos externalizantes, em situações simples e cotidianas, em que elas geralmente sabem o que é esperado delas, mas não demonstram isso por meio do Rorschach (que investiga as reações em situações mais complexas e pouco estruturadas, em que elas não sabem o que é esperado delas) – as crianças institucionalizadas ainda não apresentam de fato um transtorno grave de depressão. Ou seja, os sintomas de depressão pelo CDI e os indicadores de comportamentos externalizantes no CBCL, podem se configurar como um pedido de ajuda de alguém que está para submergir, mas ainda tem forças para gritar, para reagir de modo que as pessoas percebam que ela não sabe o que fazer.

A segunda hipótese – referente às médias do GI e GF serem maiores do que a média de um grupo de referência local para o índice de depressão (DEPI) no Rorschach – consiste na pergunta se o próprio ambiente de onde essas crianças são provenientes, já não as predispõem a uma tendência semelhante de vivenciarem mais períodos de tristeza do que as crianças de uma forma geral provenientes de contextos mais saudáveis. É importante ressaltar que todas as crianças desse estudo eram provenientes de áreas de risco que esbarram na territorialização do tráfico de drogas e da violência, onde o poder público praticamente não lança projetos de inclusão dessa população pobre, de maioria analfabeta e sem qualificação profissional (Peixoto et al., 2012). Ou seja, da mesma forma que o ambiente doméstico negligente e violento (no caso do GI) pode se tornar propício ao desenvolvimento de sintomas depressivos e de comportamentos externalizantes nas crianças, a comunidade violenta também pode gerar essa mesma predisposição nas crianças do GF. Até mesmo a exposição indireta à violência, ou seja, ser próximo de uma pessoa que seja autora ou vítima de atos violentos pode ser um dos principais componentes para o surgimento de angústias, tristezas e problemas de comportamentos (Avancini, Assis & Oliveira, 2009; Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini & Hultz, 2005; Sá, Curto, Bordin & Paula, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível avaliar sintomas depressivos e comportamentais em crianças em situação de acolhimento institucional (GI) comparando-as com as crianças que vivem com suas famílias (GF), por meio do CDI, do CBCL e do Rorschach SC. Inicialmente verificou-se que os dois grupos apresentaram características muito próximas em relação aos aspectos demográficos, o que trouxe maior consistência aos dados.

O uso de três instrumentos com propósitos de avaliação diferenciados permitiu dar um panorama geral do funcionamento psíquico das crianças institucionalizadas no que diz respeito aos aspectos afetivos de forma que o resultado de um instrumento complementou os resultados dos outros. Diante da diversidade de informações que esses instrumentos podem levantar, muitos autores contemporâneos recomendam essa abordagem integrada entre os diferentes tipos de medidas psicológicas para uma melhor compreensão do fenômeno investigado (Beutler & Groth-Marnat, 2003; Meyer, Finn, Eyde, Kay, Moreland, Eisman, Kubiszyn & Reed, 2002; Weiner, 2005).

Assim, foi possível evidenciar quantitativamente que as crianças que estão afastadas de suas famílias biológicas por medida de proteção, apresentaram maiores escores de sintomas depressivos, mais descontrole emocional com menos modulação dos afetos, apresentando mais irritabilidade, instabilidade afetiva e agressividade além de apresentar mais dificuldade em estabelecer vínculos afetivos positivos, e conseqüentemente são percebidas pelas pessoas mais próximas como crianças portadoras de problemas externalizantes muito mais do que problemas internalizantes como a depressão, deixando assim, de ser compreendida em sua totalidade.

Foi encontrado neste estudo, a associação entre sintomas depressivos e comportamentos externalizantes e em específico, a agressividade. Esses resultados estudo sugerem que as crianças institucionalizadas portadoras de sintomas depressivos são percebidas com intensas dificuldades de comportamento, as quais podem estar chamando muito mais a atenção do que as próprias dificuldades emocionais afetivas, que ficam encobertas e geralmente não são detectadas. Esses achados corroboram com a literatura, de que depressão infantil pode manifestar-se muitas vezes de maneira encoberta sob a forma de outros transtornos ou sintomas e que pode afetar múltiplas funções e causar significativos danos psicossociais (Bahls, 2002).

Estudos desta natureza podem ajudar a compreender como essas crianças institucionalizadas se colocam no mundo diante de um sofrimento relacionado aos aspectos afetivos. E também permite levantar os seguintes questionamentos: Crianças institucionalizadas que apresentam sintomatologia depressiva tendem a apresentar mais comportamentos externalizantes do que as crianças institucionalizadas sem sintomatologia depressiva? Crianças com sintomas depressivos tendem a apresentar mais comportamentos externalizantes, diferentemente dos adultos com depressão? E ainda, a agressividade seria uma das formas de manifestação sintomatologia depressiva em crianças? Ou seria uma

manifestação mais predominante em crianças institucionalizadas e crianças vitimizadas com sintomas depressivos.

Outro dado relevante deste estudo, é que apesar das crianças institucionalizadas terem apresentado mais sintomas depressivos e mais indicadores de problemas externalizantes, ambos os grupos (GI e GF) demonstraram semelhança quanto a dinâmica mais profunda do funcionamento psíquico em relação aos aspectos afetivos.

Apesar de a literatura apontar que a institucionalização de crianças, por ser um evento de vida estressante, pode configurar um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Dell'Aglio & Hutz, 2004), é imprescindível a realização de mais estudos sobre sintomas depressivos com crianças institucionalizadas, bem como com crianças não institucionalizadas, mas em situação de risco, como aquelas que vivem em bairros violentos e sobre a territorialização do tráfico de drogas, onde o poder público praticamente não lança projetos de inclusão.

Como limitação deste estudo, destaca-se a necessidade de investigações com amostras representativas de várias regiões para melhor entender como as crianças institucionalizadas se sentem e se comportam em relação aos sintomas depressivos. Outra limitação se refere a seu caráter transversal, já que a avaliação foi realizada em apenas um momento o que poderia refletir influencia de circunstâncias desfavoráveis atuais. Salienta-se a necessidade de estudos de follow up para averiguar a persistência e a severidade de sintomas depressivos nessas crianças.

Em suma, o presente estudo evidenciou a possibilidade de haver crianças deprimidas no contexto institucional, além de levantar a hipótese de que esses sintomas depressivos podem estar relacionados à manifestação de comportamentos desadaptados, como a agressividade excessiva. Neste sentido, esta investigação contribuiu como ponto de partida para o desenvolvimento de estudos que envolvam esta questão.

Ademais, entender como essas crianças administra os aspectos emocionais e comportamentais pode contribuir para a elaboração de políticas públicas mais eficazes, para a melhor capacitação dos profissionais que lidam diretamente com essas crianças, além de melhor preparar as pessoas interessadas pela adoção tardia diminuindo a possibilidade de fracasso desse ato.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (2004). *Manual of the child behavior Checklist*. Burlington: Department of the Psychiatry, University of Vermont.
- Almeida, H., Barbosa, G., Gaião, A. & Gouveia, V. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI Estudo de Adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44,345-349.
- Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial. Manual*. São Paulo: CETEPP.
- Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R. & Pires, T. (2009). Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2);383-394.
- Azôr, A. M. & Vectore, C. (2008). *Abrigar/Desabrigar: conhecendo o papel das famílias nesse processo institucionalização/desinstitucionalização de abrigados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Bahls, S-C (1999). Depressão: Uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3,49-60.
- Bahls, S-C (2002). Aspectos Clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-366.
- Bahls, S-C (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24:63-7.
- Bandeira, D. R., Dell'Aglio, D. D. & Wathier, J. L. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1),75-84.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e Rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Calderaro, R. S. S. & Carvalho, C. V. (2005). Depressão na infância: Um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*,10(2), 181-189.
- Corrêa, L.C. & Williams, L. C. A (2000). O impacto da violência conjugal sobre a saúde mental das crianças. *Resumos de comunicação científicas*, Brasília. p. 235.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em estudo*, 9(3), 369-378.
- Dell'Aglio, D. D. & Hutz C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17:351-7.

- Dell'Aglio, D. D., Borges, J. L. & Santos, S. S. (2004). Eventos estressores e depressão em adolescentes do sexo feminino. *Psico*, 35(1):43-50.
- Estatuto da Criança e do Adolescente*, lei 8.069, de 13 d julho de 1990 atualizado com a Lei Nacional da Adoção (Lei 12.010, de 03.08.2009).
- Exner, J. E. & Weiner, I. B. (2004). *Rorschach Interpretation Assistance Program Version 5 Forensic Edition* – RIAP5-FE. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Exner, J. E., Jr. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system*. Vol. 1: Basic foundations and principles of interpretation. Hoboken, NJ: Wiley.
- Fantuzzo, J., Depaola, L., Lambert, L., Martino, G. & Sutton S. (1991). Effects of Interparental violence on psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2); 258-265.
- Friedman, D., Bryant, F. B., & Holmbeck, G. N. (2007). Testing the factorial invariance of the CBCL somatic complaints scale as a measure of internalizing symptoms for children with and without a chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 512-516.
- Gauy, F. V. (2011). Treino de Terapeutas-Estagiários ao atendimento de Crianças Ansiosas. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gouveia, R. S. V. & Gouveia, V. V. (2013). Depressão na infância e adolescência – conceituação, medida e tratamento. São Paulo: Vetor.
- Gontijo, D. T. & Medeiros, M. (2007). Crianças e adolescentes em processo de exclusão social. *Estudos*, 34 (1/2), 119-133.
- Jaczura, R. (2008). *Abrigos e políticas públicas: as contradições na efetivação dos direitos da criança e do adolescente*. Tese de Doutorado em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884.
- Milani, R. G. & Loureiro, S. R. (2009). Crianças em risco psicossocial associado à violência doméstica: o desempenho escolar eo autoconceito como condições de proteção. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 191-198.
- Oriente, I. (2004). Abandono e institucionalização de criança: significados e sentidos. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Peixoto, A. M. M., Silva, D. H., Pereira, D. E. I., Silva, F. G. D., Borges, H. M., Souza, I. A., Carvalho, J. T., Nunes, L. C., Bastos, L. S., Araújo, L. C., Silva, L. C., Vieira, M. T. & Chaveiro, M. T. (2012). Da região metropolitana de Goiânia (GO): Possibilidades do olhar geográfico. *Observatorium*, 4(11), 138-148.

- Pereira, P. C., Santos, A. B., & Williams, L. C. A. (2009). Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao fórum judicial. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 19-28.
- Pesce, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressora na infância: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2); 507-518.
- Pracana, S. M., & Santos, S. V. (2010). Depressão em crianças e adolescentes em acolhimento institucional: Caracterização e relação com variáveis do acolhimento. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp. 721-735). Braga: Universidade do Minho.
- Reppold, C. T. (2001). Estilo Parental percebido e adaptação psicológica de adolescentes adotados. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre.
- Resende, A. C. (2009). Método de Rorschach: referências essenciais. Dimensão Editora: 1ª edição.
- Resende, A. C., Carvalho, T. C. R. & Martins, W. (2012). Desempenho Médio de Crianças e Adolescentes no Método de Rorschach Sistema Compreensivo. *Avaliação Psicológica*, 11(3), 375-394.
- Rosas, F. K., & Cionek, M. I. G. D. (2006). O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. *Conhecimento Interativo*, 2(1), 10-15.
- Salina-Brandão, A. & Williams, L. C. A. (2009). O abrigo como fator de risco ou proteção: avaliação institucional e indicadores de qualidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*; Porto Alegre; 22 (3).
- Sloutsky, V. (1997). Institutional care and development outcomes of 6 and 7 years-old children: A contextualist perspective. *International Journal of Behavioral Development*; 20, 131-151.
- Sousa, B. D. R. R. (2010). *Reflexões sobre a experiência de Acolhimento Institucional Infantil*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Vasconcelos, Q. A., Yunes, M. A. M. & Garcia, N. M. (2009). Um estudo ecológico sobre as interações da família com o abrigo. *Paidéia*: Ribeirão Preto, 19 (43).
- Versiani, M.; Reis, R. & Figueira, I (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49(10-12), 367-82.
- Wathier, J. L. & Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (2008). Análise factorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*: Porto Alegre, 7(1), 75-84.

Wathier, J. L. & Dell'Aglio, 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.

Zurita, J. F. & Del Valle, J. F. (2005). Acogimiento residencial. In J. P. Ochoterena & M. I. Madariaga (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 409-470). Barcelona: Masson.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Baseando nos resultados expostos, é possível fazer algumas considerações ao término dessa dissertação. Sumariamente, o objetivo geral deste estudo foi avaliar a ocorrência de sintomas depressivos e comportamentais em crianças que vivem em situação de acolhimento institucional por meio de três instrumentos: CDI, CBCL e o Rorschach SC. Com isso, gostaríamos de verificar se as crianças institucionalizadas apresentam mais sintomas depressivos do que as crianças que vivem com suas famílias e se esses sintomas apresentam manifestações comportamentais diferentes da depressão em adultos.

Para tanto, foi realizado primeiramente uma revisão bibliográfica sistematizada dos últimos dez anos (2004 – 2013) acerca dos instrumentos que estão sendo utilizados para avaliar depressão infantil no Brasil, já que na lista de testes psicológicos elaborada pela SATEPSI (<http://satepsi.cfp.org.br>), não consta nenhum instrumento destinado à avaliação de sintomas depressivos em crianças menores de 10 anos. Os achados na literatura mostraram que o CDI foi o instrumento mais utilizado nas pesquisas nacionais para avaliar sintomas depressivos em crianças nos últimos dez anos, e que tal instrumento tem demonstrado ser eficaz na triagem dos sintomas depressivos (Gouveia & Gouveia, 2013). Considera-se que este instrumento, mesmo com a elaboração do DSM V (APA, 2014), continua sendo um bom instrumento para avaliar os sintomas depressivos, visto que não houve mudanças significativas sobre o constructo ou critérios de avaliação desses sintomas.

Assim, seguindo a abordagem integrada de avaliação psicologia sugerida pela literatura (Meyer, Finn, Eyde, Kay, Moreland, Eisman, Kubiszyn & Reed, 2002; Beutler & Groth-Marnat, 2003; Weiner, 2005), o CDI (instrumento de autorrelato) foi selecionado juntamente com o CBCL (instrumento de heterorrelato) e o Rorschach SC (instrumento projetivo) para serem utilizados no estudo empírico que avaliou sintomas depressivos e comportamentais em crianças institucionalizadas comparando-as com as crianças que vivem com suas famílias. Este estudo encontrou achados que estão presentes na literatura e outros que vão de encontro a esta.

As crianças institucionalizadas apresentaram mais sintomatologia depressiva, mais descontrole emocional com menos modulação dos afetos, apresentando mais irritabilidade, instabilidade afetiva e agressividade além de apresentar mais dificuldade em estabelecer vínculos afetivos positivos, e conseqüentemente são percebidas pelas pessoas mais próximas como crianças portadoras de problemas externalizantes muito mais do que

problemas internalizantes como a depressão, deixando assim, de ser compreendida em sua totalidade.

Foi encontrado neste estudo, a associação entre sintomas depressivos e comportamentos externalizantes e em específico, a agressividade. Esses resultados estudo sugerem que as crianças institucionalizadas portadoras de sintomas depressivos são percebidas com intensas dificuldades de comportamento, as quais podem estar chamando muito mais a atenção do que as próprias dificuldades emocionais afetivas, que ficam encobertas e geralmente não são detectadas. Esses achados corroboram com a literatura, de que depressão infantil pode manifestar-se muitas vezes de maneira encoberta sob a forma de outros transtornos ou sintomas e que pode afetar múltiplas funções e causar significativos danos psicossociais (Bahls, 2002).

Estudos desta natureza podem ajudar a compreender como essas crianças institucionalizadas se colocam no mundo diante de um sofrimento relacionado aos aspectos afetivos. E também permite levantar os seguintes questionamentos: Crianças institucionalizadas que apresentam sintomatologia depressiva tendem a apresentar mais comportamentos externalizantes do que as crianças institucionalizadas sem sintomatologia depressiva? Crianças com sintomas depressivos tendem a apresentar mais comportamentos externalizantes, diferentemente dos adultos com depressão? E ainda, a agressividade seria uma das formas de manifestação sintomatologia depressiva em crianças? Ou seria uma manifestação mais predominante em crianças institucionalizadas e crianças vitimizadas com sintomas depressivos.

Em suma, o presente estudo evidenciou a possibilidade de haver crianças deprimidas no contexto institucional, além de levantar a hipótese de que esses sintomas depressivos podem estar relacionados à manifestação de comportamentos desadaptados, como a agressividade excessiva. Neste sentido, esta investigação contribuiu como ponto de partida para o desenvolvimento de estudos que envolvam esta questão.

Ademais, entender como essas crianças administra os aspectos emocionais e comportamentais pode contribuir para a elaboração de políticas públicas mais eficazes, para a melhor capacitação dos profissionais que lidam diretamente com essas crianças, além de melhor preparar as pessoas interessadas pela adoção tardia diminuindo a possibilidade de fracasso desse ato.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association - APA (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5*. Porto Alegre: artimed, 5ª edição.
- Bahls, S-C (2002). Aspectos Clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-366.
- Beutler, L. E., & Groth-Marnat, G. (2003). *Integrative assessment of adult personality* (2ªEd.). New York: Guilford.
- Gouveia, R. S. V. & Gouveia, V. V. (2013). Depressão na infância e adolescência – conceituação, medida e tratamento. São Paulo: Vetor.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszyn, T. W., & Reed, G. M. (2002). Amplifying issues related to psychological testing and assessment. *American Psychologist*, 57, 140-141.
- Weiner, I. B. (2005). Integrative personality assessment with self-report and performance-based measures. *Handbook of personology and psychopathology*, 317-331.

ANEXOS

ANEXO A

Ano	Título	Região Geográfica	Área de conhecimento	Objetivo	Método do Estudo	Tamanho da amostra	Fase do desenvolvimento da mostra	Instrumento
2013	Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional	Minas Gerais	Psicologia	Verificar a incidência de sintomas depressivos em uma amostra de crianças e adolescentes em medida protetiva de acolhimento institucional.	Descritivo (Levantamento)	23	C e A	CDI
2013	Anxiety/depression and orofacial myofacial disorders as factors associated with TMD in children	São Paulo	Odontologia	Avaliar os fatores psicológicos (ansiedade e depressão) associados com a desordem temporomandibular em crianças.	Quase Experimental	152	C	HADS
2011	Punição corporal aplicada por funcionários de duas escolas públicas brasileiras	Paraná	Psicologia e Educação	Identificar casos de alunos vítimas de agressões físicas por parte de funcionários de escolas brasileiras e verificar sua relação com características demográficas, depressão e engajamento escolar.	Descritivo (Levantamento)	396	C e A	CDI
2011	Prevalência da sintomatologia depressiva nas cidades de Ribeirão Preto e região	São Paulo	Medicina	Estudar a prevalência da sintomatologia depressiva em 5.974 escolares em Ribeirão Preto e seis cidades da região usando o CDI.	Quase Experimental	5.974	C e A	CDI
2011	Associação da dislexia do desenvolvimento com comorbidade emocional: um estudo de caso	São Paulo	Fonoaudiologia e Medicina	Analisar características em um caso de dislexia com depressão.	Descritiva (Estudo de caso)	1	C	CDI CBCL
2011	Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão	São Paulo	Psicologia	Avaliar a regulação emocional de crianças com e sem sintomas de depressão	Quase Experimental	54	C	CDI
2011	Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica	Rio Grande do Sul	Psicologia	Avaliar os sintomas depressivos apresentados em crianças quando do processo de internação.	Descritivo (Levantamento)	10	C	CDI
2010	Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes	Minas Gerais	Psicologia	Investigar as propriedades psicométricas do familiograma e associar os seus resultados de afetividade e conflito familiar com a intensidade da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes.	Descritivo (Correlação)	234	C e A	CDI

2010	Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas.	São Paulo	Psicologia	Avaliar a ocorrência de depressão, problemas comportamentais e competência social em crianças obesas, comparativamente com crianças não obesas.	Quase Experimental	90	C	CDI CBCL
2010	Sintomas psicopatológicos em meninas vítimas de abuso sexual abrigadas e não abrigadas.	Rio Grande do Sul	Psicologia	Verificar a presença de sintomas psicológicos em meninas vítimas de abuso sexual, abrigadas e não-abrigadas, como: depressão, ansiedade, stress, transtorno do estresse pós-traumático, e crenças relacionadas ao abuso sexual.	Quase Experimental	40	C e A	CDI
2009	Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo	Rio de Janeiro	Psicologia	Investiga a associação entre o comportamento retraído/depressivo de crianças escolares e a presença/ausência de violências vividas em casa, na escola e na comunidade.	Descritivo (Correlacional)	479	C	CBCL K-SADS-PL
2009	A versão brasileira do “Children’s Interview for Psychiatric Syndromes” (CHIPS)	Rio de Janeiro	Medicina	Descrever o processo de tradução do Children’s Interview for Psychiatric Syndromes para o uso em pesquisas no Brasil.	Descritivo	0	0	CHIPS P-CHIPS
2009	Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar	São Paulo	Educação e Psicologia	Investigar variáveis do ambiente familiar como supervisão, envolvimento e suporte dos pais em crianças com e sem sintomas de depressão.	Descritivo (Levantamento)	6	C	CDI
2009	Transtornos depressivos em crianças com leucemia linfóide aguda e com insuficiência renal crônica terminal: estudo de série de casos.	Pernambuco	Medicina	Investigar a presença de transtornos depressivos em crianças portadoras de leucemia linfóide aguda e insuficiência renal crônica terminal.	Descritivo (Série de casos)	52	C e A	CDRS-R
2008	Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros	Rio Grande do Sul	Psicologia	Explorar a estrutura fatorial de uma adaptação para a língua portuguesa do Inventário de Depressão Infantil.	Descritivo (Levantamento)	951	C e A	CDI
2008	Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise e parâmetros psicométricos	São Paulo	Psicologia	Analisar os parâmetros psicométricos da versão brasileira reduzida do Inventário de Depressão Infantil e de sua versão original.	Descritivo (levantamento)	326	C e A	CDI S-CDI

2008	Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade e constructo e consistência interna	Maranhão	Psicologia	Adaptar e verificar evidências de validade de constructo e consistência interna do Inventário de Depressão Infantil para o contexto da cidade e São Luis-MA.	Descritivo (Levantamento)	280	C e A	CDI
2008	Sintomas depressivos em crianças: estudo com duas versões do CDI	São Paulo	Psicologia e Educação	Identificar o número de crianças com sintomas depressivos em duas amostras de estudantes da cidade de Campinas.	Quase Experimental	326	C	CDI
2008	Comparação de características demográficas e clínicas entre crianças e adolescentes com transtorno depressivo maior	São Paulo	Medicina	Comparar as características clínicas do transtorno depressivo maior entre crianças e adolescentes.	Quase Experimental	58	C e A	CDRS-R DICA IV
2008	Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: um estudo transcultural	Paraíba	Psicologia	Identificar as representações sociais de crianças acerca da depressão através de uma abordagem transcultural.	Descritivo (Levantamento)	490	C e A	CDI
2007	Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes em contexto de institucionalização	Rio Grande do Sul	Psicologia	Verificar a manifestação de sintomas depressivos e a frequência e o impacto de eventos estressores em crianças e adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados.	Quase Experimental	257	C e A	CDI
2007	Representações sociais da depressão no contexto escolar	Paraíba	Psicologia	Aprender as representações sociais da depressão elaboradas por crianças inseridas no ensino fundamental em uma escola pública em João Pessoa-PB	Descritivo (Levantamento)	533	C	CDI
2007	Validade e precisão da escala de avaliação de depressão para crianças	São Paulo	Psicologia	Verificar a validade e precisão da escala de avaliação de depressão para crianças.	Descritivo (Levantamento)	626	C	EAC
2006	Levantamento de sintomas depressivos em crianças e adolescentes com hemofilia	Paraíba	Psicologia	Avaliar, através do CDI, a presença de sintomas depressivos, ideação suicida e medo da dor em crianças e adolescentes com hemofilia e comparar com crianças sem hemofilia.	Quase Experimental	40	C e A	CDI
2005	Prevalência de sintomas depressivos em escolares	Minas Gerais	Medicina	Estimar a prevalência de sintomatologia depressiva em escolares de 7 a 13 anos e caracterizar essa sintomatologia.	Descritivo (Levantamento)	519	C	CDI
2004	Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados	Rio Grande do Sul	Psicologia	Verificar a manifestação do distúrbio depressivo e o desempenho escolar em crianças e adolescentes que vivem em instituição de abrigo e em família	Quase Experimental	215	C e A	CDI

2004	Escala de avaliação de depressão para crianças: um estudo de validação	São Paulo	Psicologia	Realizar um estudo de validação da “Escala de Avaliação de Depressão para Crianças” de Amaral e Barbosa.	Descritivo (levantamento)	362	C	EADC
2004	Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental	São Paulo	Educação e Psicologia	Avaliar a relação entre sintomas de depressão, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem de alunos do ensino fundamental.	Descritivo (levantamento)	169	C e A	CDI K-SADS-PL

ANEXO B

CARTA AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Senhores Pais ou Responsáveis,

Este é um convite para que sua criança, com idade entre 07 e 11 anos, participe da pesquisa “**Estudo de Sintomas Depressivos em Crianças Institucionalizadas**”, que será realizado pela psicóloga Lorena de Melo Mendonça Oliveira, aluna do Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob orientação da psicóloga Dr^a. Ana Cristina Resende.

O objetivo desse estudo é analisar sintomas depressivos em crianças em situação de acolhimento institucional através da comparação destas crianças com crianças não institucionalizadas por meio de instrumentos padronizados.

Gostaríamos, então, de contar com sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a participação de sua criança na pesquisa. Para participar do estudo, é imprescindível que um dos responsáveis pela criança assine o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, em anexo, e a criança deverá responder a três instrumentos: Matrizes Progressivas de Raven, Método de Rorschach e Inventário de Depressão Infantil. Os instrumentos serão aplicados na própria escola, em uma das salas disponibilizadas pela direção da instituição de ensino. Ao total, serão realizados três encontros que terão duração média de 40 minutos cada, não devendo acarretar danos ao andamento normal das atividades escolares.

A princípio, o maior incômodo a que sua criança estará submetida será a disposição de tempo para responder aos instrumentos. No entanto, caso a criança sinta qualquer tipo de incômodo com sua participação, ela será acolhida pelo serviço de atendimento psicológico da própria universidade – no Centro de Estudos, Pesquisa e Práticas Psicológicas – CEPPI, sem qualquer ônus para a família. Além disso, a pesquisadora estará disponível para orientá-los e dar maiores esclarecimentos sempre que desejar. Tanto a criança quanto os pais ou responsáveis também poderão desistir a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou constrangimento. De qualquer forma, se a criança sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, ela terá direito a indenização.

Quanto aos benefícios, os responsáveis serão convidados a participar de uma reunião para que os principais resultados do estudo sejam compartilhados com todos, como também o benefício da contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

As informações obtidas através dos instrumentos serão de caráter confidencial; a elas só terão acesso os pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa, que analisarão os dados do ponto de vista estatístico de sua representatividade para o grupo de crianças em estudo. Com isso, pretendemos manter o caráter científico, ético e profissional da referida pesquisa.

Desde já agradecemos muito sua colaboração e solicitamos que preencha o Questionário Sociodemográfico e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo. Esta carta fica com você, bem como a cópia do Termo de Consentimento. Toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa você poderá perguntar diretamente para as pesquisadoras Lorena de Melo Mendonça Oliveira pelo telefone (62) 3553-1121 e Ana Cristina Resende pelo telefone (62) 3946-1109. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Goiás, onde também poderá apresentar reclamações em relação a este estudo pelo

telefone

(62)3946-1512.

ANEXO C

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO RESPONSÁVEL PELA
CRIANÇA**

Eu (responsável) _____
RG nº _____, CPF nº _____, abaixo assinado,
concordo com a participação da criança
_____ na pesquisa intitulada “Estudo de
Sintomas de Depressivos em Crianças Institucionalizadas”. Fui devidamente informado
(a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos,
assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação da criança. Foi-me
garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve
qualquer penalidade ou a qualquer tipo de constrangimento.

Goiânia, _____ de _____ de 2012.

Nome do responsável: _____

Assinatura: _____

ANEXO D

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Instituição: _____ Data: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) CRIANÇA

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Série:

A criança já repetiu alguma série?

() Não () Sim Quantas vezes?

Qual série? _____

Como tem sido nos últimos meses, o desempenho escolar da criança?

() Ótimo () Bom () Regular ()

Ruim

A criança já foi suspensa ou expulsa da escola? Por quê?

Os professores tem feito queixas sobre a criança?

() Não () Sim

Quais são as queixas?

() Falta de atenção () Desorganização () Tristeza

- () Agitação/Hiperatividade () Não realiza as tarefas escolares
 () Falta de interesse () Conduta inadequada: palavrões, brigas, agressividade
 () Outras

Desde quando? _____

Apresenta alguma doença física?

() Não () Sim Qual? _____

Apresenta alguma doença psicológica?

() Não () Sim Qual? _____

Fez ou faz algum tipo de tratamento?

() Não () Sim Qual? _____

Toma medicamentos?

() Não () Sim Qual? _____

A criança já foi acompanhada pelo Conselho Tutelar e/ou já passou por alguma instituição de acolhimento (abrigo)?

() Não () Sim

Qual? _____

Quando? _____

Qual o motivo que levou a criança a ficar acolhida?

Ficou acolhida por quanto tempo? _____

DADOS FAMILIARES

Com quem mora a criança?

() Pai Idade: _____ Ocupação: _____ Escolaridade: _____

() Mãe Idade: _____ Ocupação: _____ Escolaridade: _____

() Padrasto/Madrasta Idade: _____ Ocupação: _____ Escolaridade: _____

- Irmãos Quantos? _____
- Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____
- Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____
- Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____
- Avô/Avó
- Outros: _____(Especifique)

RENDA FAMILIAR

- Até 1 salário mínimo
- 1 a 3 salários mínimos
- 3 a 5 salários mínimos
- Acima de 5 salários mínimos

TIPO DE MORADIA

- Própria Financiada Alugada Cedida