

VIVÊNCIAS ADVERSAS E DEPRESSÃO: UM ESTUDO SOBRE CRIANÇAS
E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS

Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Grau
de Mestre em Psicologia sob orientação da
Prof^ª. Dr^ª. Débora Dalbosco Dell’Aglío

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Abril, 2008.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por oportunizar uma Pós-Graduação de qualidade e gratuita;

À CAPES, pelo auxílio financeiro que permitiu a realização do mestrado com dedicação exclusiva;

À Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRGS, pelo empenho em garantir a qualidade do ensino e pesquisa;

À Dr^a. Débora Dalbosco Dell'Aglio, pelo excelente trabalho de orientação durante todas as etapas de realização do mestrado, pela amizade, compreensão e pelo incentivo e dedicação incansáveis diante de cada desafio;

À Dr^a. Sílvia Helena Koller, pelas oportunidades de aprendizagem, pelo apoio e pelas valiosas contribuições que deu a esta pesquisa, como relatora das versões do manuscrito para exame de qualificação e de defesa da dissertação;

Aos doutores Christian Haag Kristensen e Claudia Hofheinz Giacomoni, pelas contribuições dadas na ocasião do exame de qualificação e, especialmente, à Claudia, pela amizade e incentivo à pesquisa desde o período da graduação;

Aos doutores Jorge Castelá Sarriera, Marco Antônio P. Teixeira e Maycoln Leôni M. Teodoro pelas colaborações com as análises estatísticas multivariadas;

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS;

Aos professores da banca examinadora de defesa, Dr^a Caroline Tozzi Reppold e Dr. Maycoln L. M. Teodoro, pelo aceite e disponibilidade em apreciar esta dissertação, juntamente com a relatora Sílvia e a orientadora Débora;

À Dr^a Maria Ângela Yunes, pelo carinho e apoio;

À Margareth Bianchesi, pela disponibilidade e eficiente trabalho junto à secretaria do PPG em Psicologia;

Ao grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA), em especial às acadêmicas Juliana Lopes de Araújo e Flávia Pinhal de Carlos, pelo auxílio no levantamento de dados do primeiro estudo e à Ana Paula Noronha Zucatti e Franciane Souza Schmitz, pelo auxílio nos demais estudos. Também à Aline Cardoso Siqueira, Aline Nunes Mocelin, Ana Paula Couto Zoltowski, Carmela de Lima Tubino, Cristina Schwarz, Jaqueline Portella Giordani, Lucianna Massignan, Renata Kroeff e

Táise Mallet Otero, pelas contribuições diretas e indiretas, além das produtivas discussões nas reuniões de estudo do Pronex no NEPA;

Às colegas e amigas Sígria Pimentel Höher e Aline Cardoso Siqueira, pelos momentos divertidos e acolhedores que passamos ao compartilhar o apartamento em Porto Alegre durante quase dois anos. Obrigada pelo companheirismo e pela amizade!

Às colegas e amigas Cátula da Luz Pelisoli, e Vivian de Medeiros Lago, por estarem presentes nos bons e maus momentos desse período. Também às amigas e colegas Shana Hastenpflug Wottrich, Bibiana Ramos dos Santos e Cibele dos Santos Witt pelo apoio durante este período e anterior a ele;

Às colegas Samara Silva dos Santos, Jeane Lessinger Borges, Lirene Finkler, Carolina Baptista Menezes, Veleda Dobke e Leticia Graziela Costa, pelas contribuições ao trabalho e pela amizade;

Ao Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-Rua), em especial à Michele Poletto, pela companhia durante o planejamento e execução do Projeto Pronex;

Aos dirigentes da FASC e FPERGS, pela permissão da coleta de dados e às respectivas instituições de abrigo participantes, representadas pelos psicólogos, assistentes sociais e monitores que nos receberam e apoiaram durante esse processo;

Às crianças e adolescentes que confiaram em nosso trabalho e contribuíram com sua resposta aos instrumentos de coletas de dados e compartilharam momentos alegres e tristes com nossa equipe;

À minha família, especialmente minha mãe, avó e irmãs, pelo incentivo e apoio nos momentos mais estressantes desse período e, principalmente, por compreenderem minhas ausências;

Ao meu esposo Fabian, pelo incentivo, amor e compreensão a cada passo nessa trajetória.

“A questão do caráter provisório e transitório da medida do abrigo não impede que o tempo presente na instituição seja vivido como possibilidade de desenvolvimento da criança e do adolescente e que o bem-estar seja tão importante quanto o bem-sair”

Isa Maria F. R. Guará (2006, p.67).

SUMÁRIO

	Pág.
Lista de Tabelas e Figuras.....	8
Lista de Abreviaturas e Siglas	9
Resumo.....	10
Abstract.....	11
CAPÍTULO I	
Introdução.....	12
CAPÍTULO II	
Estudo I: Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização	14
Resumo	14
Abstract.....	15
INTRODUÇÃO.....	16
MÉTODO.....	18
2.1 Participantes.....	18
2.2 Instrumentos.....	18
2.3 Procedimentos e considerações éticas.....	19
2.4 Análise estatística.....	20
RESULTADOS.....	20
2.5 Dados sociodemográficos da amostra	20
2.6 Depressão	20
2.7 Eventos estressores.....	22
2.8 Correlações entre as variáveis.....	25
DISCUSSÃO.....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
CAPÍTULO III	
Estudo II: Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros.....	31
Resumo	31

Abstract	32
INTRODUÇÃO	33
MÉTODO	35
3.1 Participantes	35
3.2 Instrumentos e procedimentos.....	36
RESULTADOS	36
3.3 Análises descritivas e inferenciais.....	40
3.4 Estabelecimento de normas.....	41
DISCUSSÃO.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
CAPÍTULO IV	
Estudo III: Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados.....	
	47
Resumo	47
Abstract	48
INTRODUÇÃO.....	49
MÉTODO.....	51
4.1 Participantes.....	51
4.2 Procedimentos e Instrumentos.....	51
RESULTADOS.....	52
DISCUSSÃO.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
CAPÍTULO V	
Conclusões e considerações finais.....	
	65
REFERÊNCIAS.....	
	69
ANEXOS	
	80
Anexo A. Inventário de Depressão Infantil.....	80
Anexo B. Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência.....	82
Anexo C. Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.....	84

Anexo D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsáveis.....	85
Anexo E. Termo de Concordância da Instituição.....	86
Anexo F. Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada em T2.....	87

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1. Média e Desvio-Padrão do CDI por Grupo, Sexo e Faixa Etária.....	21
Tabela 2. Médias e Desvios-Padrão da Frequência do IEEIA por Grupo, Sexo e Faixa Etária.....	23
Tabela 3. Médias e Desvios-Padrão do Impacto dos Eventos do IEEIA por Grupo.....	24
Tabela 4. Médias e Desvios-Padrão do Impacto dos Eventos do IEEIA por Grupo em Cada Sexo.....	24
Tabela 5. Composição dos Bancos de Dados.....	36
Tabela 6. Matriz Rotada com as Cargas Fatoriais.....	39
Tabela 7. Média, Desvio-Padrão, Número de Itens, Variância Explicada e Coeficiente Alfa dos Fatores e da Escala Total	40
Tabela 8. Normas por Percentis do CDI para Sexo e Faixa Etária.....	42
Tabela 9. Normas em Percentis de Cada Fator do CDI para Sexo e Faixa Etária.....	43
Tabela 10. Médias e Desvios-Padrão do CDI e Frequência de Eventos em T1 e T2 por Configuração Familiar Anterior ao Abrigamento.....	54
Tabela 11. Eventos que Aumentaram a Frequência de T1 para T2 (N=127).....	55
Tabela 12. Regressão Linear Múltipla: Variáveis Predictoras do CDI ao Longo do Tempo.....	56
Figura 1. Scree Plot dos Fatores.....	37

Lista de Abreviaturas e Siglas

PRONEX	Programa de Apoio a Núcleos de Excelência - Consórcio CNPq/Fapergs.....	12
CDI	Inventário de Depressão Infantil.....	13
FPERGS	Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul.....	18
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania.....	18
IEEIA	Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência.....	19
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente.....	27
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Edições: III-R, IV e IV-TR).....	33

Resumo

Este trabalho investigou a manifestação de sintomas depressivos e eventos de vida estressantes em crianças e adolescentes, através de três estudos. No primeiro estudo, verificaram-se os sintomas depressivos, a frequência e o impacto de eventos adversos de forma transversal, em 257 jovens, de ambos os sexos, de 7 a 16 anos, sendo que 130 residiam em abrigos de proteção governamentais e não governamentais e 127 moravam com suas famílias na região metropolitana de Porto Alegre. Foram utilizados o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência (IEEIA) para avaliar depressão e eventos estressores, respectivamente. Os resultados apontaram médias mais altas de sintomas depressivos e de ocorrência de eventos estressores no grupo institucionalizado. No segundo estudo, foi explorada a estrutura fatorial de uma adaptação do CDI, a partir de um banco de dados composto por 951 crianças e adolescentes, de 7 a 17 anos. Os dados apontaram que o instrumento apresenta características psicométricas adequadas e foi possível estabelecer normas percentílicas por sexo e faixa etária. No último estudo, longitudinal, buscou-se identificar um modelo de preditores de sintomas depressivos em participantes institucionalizados ($N=127$), através de uma análise de regressão linear múltipla. O modelo preditivo englobou o escore inicial de sintomas, seguido pelos eventos “Ter problemas com professores”, “Sentir-se rejeitado pelos colegas e amigos” e “Um dos pais ter que morar longe”. Destaca-se a importância de prevenir a ocorrência de eventos estressores na escola e família, bem como promover intervenções junto às crianças e adolescentes institucionalizados.

Palavras-chave: Sintomas depressivos; eventos estressores; institucionalização.

Abstract

The present study verified the depressive symptoms manifestation as well as the stressful events in children and adolescents through three studies. In the first study, the depressive symptoms and the frequency and impact of adverse events were verified. A total of 257 youths of both genders, age 7-16 took part in this study. Among those, 130 lived at government and non-government protection youth shelters and 127 lived with their families in the metropolitan region of Porto Alegre. The Children's Depression Inventory (CDI) and the Stressful Events in Childhood and Adolescence Inventory (IEEIA) were used to assess depression and stressful events respectively. The results showed a significant higher mean score among institutionalized children and adolescents for both depressive symptoms and frequency of stressful events mentioned. In the second study, the factorial structure of the Children's Depression Inventory (CDI) for 951 children and adolescents, between 7 and 17 years was explored. Data pointed out good psychometric properties and it was possible to present norms in percentiles by gender and age group. Finally, the last study aimed at identifying, with a longitudinal design, a model of predictors of depressive symptoms in the institutionalized sample ($N=127$) through the regression linear multiple analysis. The predictive model included the initial depressive score, followed by the stressful events "to have problem with teacher", "feelings of peer rejection" and "one of parents ought to live so far". It is highlighted the importance of preventing events related mainly to the school and familiar conflicts, as well as promoting interventions with vulnerable families.

Keywords: Depressive symptoms; stressful events; institutionalization.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A presente dissertação investigou a manifestação de sintomas depressivos e eventos estressores na vida de crianças e adolescentes, de forma transversal e longitudinal. Tendo como focos principais a depressão e a institucionalização, foram investigadas diferenças entre contextos de desenvolvimento, como a instituição e a família, aspectos psicométricos de instrumento para avaliar sintomas depressivos, e fatores preditores para a depressão em crianças e adolescentes.

A escolha dessa temática surgiu do interesse a partir de estudos realizados em 2004 e 2005 sobre eventos de vida estressantes (D’Avila et al., 2005; Segabinazi et al., 2006; Wathier, Wilhelm, & Giacomoni, 2006) e bem-estar subjetivo (Giacomoni et al., 2005; Wilhem, Giacomoni, & Wathier, 2006) em diferentes faixas etárias, durante a graduação em Psicologia da autora na Universidade Federal de Santa Maria (RS). No início de 2006, uma pesquisa maior intitulada “A instituição, a escola e a rua como contextos ecológicos de promoção de resiliência para jovens em situação de risco”, com financiamento do Edital Pronex (CNPq e FAPERGS) estava iniciando na UFRGS, com a coordenação das professoras Sílvia Helena Koller e Débora Dalbosco Dell’Aglio. Este estudo foi desenvolvido junto a nove cidades do estado e visava investigar, entre outras variáveis, eventos de vida, satisfação de vida, depressão, desempenho escolar e rede de apoio em crianças e adolescentes de 7 a 15 anos que moravam em diferentes contextos. A execução desse estudo possibilitou o desenvolvimento de projetos vinculados, que estão originando pelo menos três dissertações e duas teses, entre as quais a presente dissertação se inclui.

Esta dissertação foi organizada em três estudos, que serão apresentados em formato de artigo. O Capítulo II apresenta o primeiro estudo empírico, intitulado “Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização”. Esse estudo teve como objetivo verificar, de forma transversal, a manifestação de sintomas depressivos e a frequência e o impacto de eventos estressores em crianças e adolescentes institucionalizados e não institucionalizados. Identificaram-se os eventos mais frequentes, bem como os de maior impacto percebido pelos jovens de cada contexto e qual a relação disso com o escore de sintomas depressivos. O estudo mostra que os jovens abrigados são mais expostos a eventos estressantes e apresentam mais sintomas

depressivos. Esse artigo foi submetido à Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul em junho de 2007, tendo sido publicado em dezembro do mesmo ano.

A partir deste primeiro estudo, verificou-se uma lacuna na normatização dos dados do Children's Depression Inventory (CDI) para amostras brasileiras. Embora o instrumento tenha sido traduzido e adaptado para a língua portuguesa, só foram encontradas normas provisórias para amostras da Paraíba, utilizando uma versão reduzida do instrumento. Dessa forma, considerou-se necessário um estudo, a partir de bancos de dados de amostras do sul do país, que possibilitasse a normatização desse instrumento para esta população. O Capítulo III, cujo título é "Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros", foi estabelecido para preencher, em parte, tal lacuna. Esse estudo evidencia uma estrutura trifatorial no instrumento, diferente do apresentado no manual de Kovacs (2003), assim como de pesquisadores brasileiros da Paraíba (unifatorial). O estabelecimento de normas foi realizado com uma amostra de outros quatro bancos de dados, além do já utilizado no capítulo II, e que foram cedidos gentilmente pelas doutoras Débora D. Dell'Aglio, Claudia H. Giacomoni e Denise R. Bandeira. O manuscrito resultante desse capítulo foi submetido à Revista de Avaliação Psicológica.

Tão logo foi possível conhecer os dados transversais sobre eventos e depressão e as propriedades psicométricas do CDI nos capítulos anteriores, a etapa seguinte foi realizar análises longitudinais da manifestação de sintomas depressivos. O Capítulo IV apresenta o terceiro estudo empírico, intitulado "Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados". Neste capítulo, são apresentadas as frequências de eventos estressores e os escores do CDI entre os jovens institucionalizados da amostra em dois tempos (T1 e T2), considerando também as configurações familiares anteriores à institucionalização. Além disso, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, identificando as variáveis preditoras dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

No Capítulo V é apresentada uma discussão integrando os três estudos anteriores, evidenciando os pontos de convergência nos resultados de cada um dos trabalhos. As contribuições do estudo na área da prevenção do desenvolvimento de sintomas depressivos são discutidas, assim como as questões relacionadas à institucionalização na infância e adolescência.

CAPÍTULO II

Estudo I

Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização¹

Resumo

Objetivo: O presente estudo verificou a manifestação de sintomas depressivos e a frequência e o impacto de eventos estressores em crianças e adolescentes institucionalizados e não institucionalizados.

Método: Participaram 257 jovens de 7 a 16 anos de ambos os sexos, sendo que 130 residiam em abrigos de proteção e 127 moravam com suas famílias na região metropolitana de Porto Alegre. Todos os participantes freqüentavam da 1ª a 8ª série do Ensino Fundamental de escolas públicas localizadas em bairros de baixas condições socioeconômicas. Foram aplicados os instrumentos Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência (IEEIA).

Resultados: Foram encontradas médias mais altas no CDI e no IEEIA no grupo institucionalizado, com diferença significativa. O evento mais freqüente foi "ter que obedecer às ordens de seus pais", para o grupo da família e "ser levado para um abrigo" no outro grupo. Os eventos que apresentaram maior impacto, na amostra total, foram "morte de um dos pais", "ser estuprado", "ser rejeitado pelos familiares" e "ser tocado sexualmente contra a vontade". Foi encontrada diferença entre os sexos e entre os contextos no impacto atribuído aos eventos. Os adolescentes, independentemente dos contextos, apresentaram frequência de eventos significativamente maior do que as crianças, o que não ocorreu quanto ao impacto.

Conclusão: Os jovens abrigados apresentaram maior exposição a situações potenciais de risco, o que pode estar relacionado à maior manifestação de sintomas depressivos. A avaliação do impacto de um evento estressante, no entanto, não esteve correlacionada com o CDI em nenhum dos contextos.

Descritores: Criança; adolescente; sintomas depressivos; eventos estressantes.

¹ Este artigo foi submetido à Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul em 03/06/2007 e publicado em dezembro de 2007.

Depressive symptoms and stressful events in children and adolescents in the institutionalized context

Abstract

Objective: The present study verified the manifestation of depressive symptoms as well as the frequency and impact of stressful events in institutionalized and not institutionalized children and adolescents.

Methods: A total of 257 youths, of both genders, age 7-16 took part in this study. Among those, 130 lived at protection youth shelters and 127 lived with their families in the metropolitan region of Porto Alegre. All of the participants attended 1st to 8th grades of the Public Elementary Schools located in low-income neighborhoods. Children's Depression Inventory (CDI) and Stressful Events in Childhood and Adolescence Inventory (IEEIA) were used.

Results: Data pointed out a significant difference, concerning the mean score of institutionalized children and adolescents was highest in both depressive symptoms and frequency of stressful events mentioned. The most frequent event for the family group was "to have to obey your parent's rules", and for the other group the most frequent event was "to be taken to a protection shelter". The events of greater impact were "death of one of the parents", "to be raped", "to be rejected by members of the family" and "to be sexually touched against ones will". Considering the sex and the context of the participant, differences were found in the attributed impact. The adolescents, independent of context, presented a greater frequency of significant events than children, which didn't occur concerning the impact.

Conclusion: Results indicated that the institutionalized youths were more exposed to potential risk situations, which could be resulting on the manifestation of more depressive symptoms. However, in none of the contexts, the assessment of the impact of a stressful event was not correlated with the CDI.

Keywords: Children; adolescents; depressive symptoms; stressful events.

INTRODUÇÃO

A depressão em crianças e adolescentes vem sendo bastante investigada, pois afeta diversos campos da vida dos jovens, causando significativos danos psicossociais (Bahls, 1999, 2002). Destacam-se pesquisas que investigam a depressão em jovens que vivenciaram eventos estressores, como violência, abandono e perdas (Dell'Aglio, Borges, & Santos, 2004; Dell'Aglio & Hutz, 2004; Kim & Cicchetti, 2006). No entanto, encontram-se poucos estudos específicos com a população de crianças e adolescentes que vivem em abrigos de proteção no Brasil, se comparados aos dos jovens em contexto hospitalar ou escolar, por exemplo.

O termo depressão tem sido usado em diferentes amplitudes que variam desde a designação de um estado afetivo normal, apresentação de sintomas, até a caracterização de uma síndrome e doença específica (Del Porto, 1999). Na abordagem clínica da depressão, estudos têm evidenciado as particularidades da sintomatologia da depressão em crianças e adolescentes (Bahls, 1999; Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001; Steinberg, 1999). A depressão na infância e adolescência pode ter início com a perda de interesse pelas atividades que normalmente seriam atrativas, manifestando-se como uma espécie de mau-humor constante diante dos jogos, brincadeiras e esportes.

Quanto à investigação da depressão, variados métodos têm sido utilizados, com diferentes critérios diagnósticos, instrumentos e tipo de pontuação estudada. Embora não sejam destinadas ao diagnóstico, escalas de depressão como o Inventário de Depressão Beck (Cunha, 2001) e o *Children's Depression Inventory* (Kovacs, 2003) mostraram que têm capacidade de discriminar grupos já diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior, Distímia e Transtorno Depressivo com Desordem de Ajustamento, entre outros. Os critérios utilizados para esses estudos foram os do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-III* (American Psychiatric Association, 1987) e DSM-IV (APA, 1984). Entretanto, é possível estender esses achados aos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000/2002), visto que não houve mudanças significativas sobre o construto ou critérios de avaliação dos sintomas.

A prevalência de diagnóstico de depressão varia conforme as características da amostra e do estudo, mas existe um consenso entre os pesquisadores quanto à multiplicidade de fatores sociais, psicológicos e biológicos que envolvem o surgimento da depressão como síndrome ou transtorno (Baptista & Golfeto, 2000; Kaplan, Sadock, &

Greeb, 1997; Lima, 1999; Reppold & Hutz, 2003; Steinberg, 1999). Entre estes fatores, envolvidos no estudo da depressão, é importante considerarmos os diferentes contextos de desenvolvimento dos jovens e os eventos estressantes vivenciados. Os contextos de desenvolvimento de crianças e adolescentes, seja junto às suas famílias ou em instituições de abrigo, são caracterizados pela presença de fatores de risco e de proteção, podendo se constituir como ambientes desfavoráveis ou promotores de desenvolvimento. Algumas famílias podem experimentar eventos negativos como uma ameaça e não conseguir estabelecer um meio saudável de interações na rede de apoio, ocasionando uma falha em seu papel (Day et al., 2003; Siqueira, Betts, & Dell’Aglío, 2006) no desenvolvimento emocional de seus membros (Garcia & Yunes, 2006; Yunes, 2003).

Eventos estressantes tais como separação dos pais, família numerosa, história de criminalidade em um dos pais, doença mental dos genitores e baixa renda, são citados como fatores de risco para depressão (Cowan, Cowan, & Shultz, 1996; Heim & Nemeroff, 2001). Sternberg, Lamb, Guterman e Abbott (2006) confirmaram, em um estudo longitudinal, que crianças que sofreram algum tipo de violência intrafamiliar apresentaram mais problemas de comportamento ou sintomas depressivos na adolescência do que as que não foram vítimas. Também Feijó, Raupp e John (1999) alertaram que os eventos crônicos ou micro eventos diários podem ser mais perturbadores para a saúde mental do que eventos estressores agudos. Dessa forma, situações que envolveram violência, abandono, falta de apoio social, quebra de vínculos, entre outras, poderiam ser potencialmente associadas à depressão, conforme afirmam Dell’Aglío, Borges e Santos (2004). Outros autores apontam, ainda, que vários sintomas psicopatológicos podem estar presentes de forma secundária à exposição a lares violentos e agressivos (Kaplan et al., 1997; McClosky, Figueredo, & Koss, 1995; Wong, 2007). Quando as famílias não conseguem exercer seu papel protetivo, podem ser utilizadas medidas de proteção, como o abrigamento, previsto pelo ECA (ECA, 1990; Pinheiro, 2006).

Em um estudo de Tolfree, citado por Pinheiro (2006), foi estimado que cerca de oito milhões das crianças do mundo estavam sob regime de acolhimento residencial, sendo que a maioria delas foi abrigada por motivos de violência e desintegração familiar, além de condições econômicas e sociais adversas. No Brasil, Silva (2004) destacou, em 2003, que havia 20 mil crianças e adolescentes vivendo em 589 abrigos que recebiam recursos do Governo Federal, sendo que mais da metade dos jovens pesquisados foram institucionalizados por motivos de pobreza. Entre as referidas instituições, 68,3% eram

não-governamentais. Com base nesses estudos, é possível verificar que as adversidades, crônicas ou agudas, assim como o contexto onde a criança vive e suas características individuais são algumas variáveis que podem interferir no seu desenvolvimento. Este estudo buscou identificar a presença de sintomas depressivos e de eventos estressores entre crianças e adolescentes que moravam em abrigos de proteção em comparação com os que viviam com suas famílias.

MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram 257 jovens de 7 a 16 anos ($M=11,30$; $SD=2,10$), de ambos os sexos, sendo que 130 residiam em sete instituições de proteção governamentais e duas não governamentais e 127 moravam com suas famílias na região metropolitana de Porto Alegre. Todos freqüentavam da 1ª a 8ª série do Ensino Fundamental de escolas públicas.

A partir de listagens de abrigos fornecidas pela Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul (FPERGS) e pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), órgãos do governo estadual e municipal, respectivamente, foram convidados a participar, jovens que se encaixavam na referida faixa etária e não apresentavam dificuldades que impossibilitassem a compreensão do conteúdo dos instrumentos. Estes abrigos estão inseridos na comunidade, na qual estas crianças e adolescentes utilizam recursos de escola, centros de lazer, praças e também a rede municipal de saúde. Para compor a amostra dos participantes que moravam com a família (grupo controle), foram selecionadas por conveniência duas escolas públicas localizadas em bairros com Índice de Vulnerabilidade Social inferiores a 0,65, sendo que quanto mais próximo de zero, mais vulnerável socialmente é o bairro (Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2007).

2.2 Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos padronizados:

Inventário de Depressão Infantil (CDI):

Instrumento elaborado por Kovacs (2003), e adaptado do *Inventário Beck de Depressão* (BDI) para adultos. O objetivo do CDI é detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo, identificando alterações afetivas em crianças e adolescentes.

Composto por 27 itens, com três opções de resposta, nas quais o participante deve escolher a que melhor descreve o seu estado no período atual. O CDI já foi adaptado para uso no Brasil (Inventário de Depressão Infantil), em João Pessoa, por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), e vem demonstrando características psicométricas adequadas. Estudos com amostras brasileiras apresentam consistência interna variando de 0,79 a 0,92 (Dell’Aglío, Borges, & Santos, 2004; Reppold & Hutz, 2003; Dell’Aglío, 2000). Kovacs (2003) recomenda que o ponto de corte para indicar provável psicopatologia seja acima de 1,5 desvio-padrão da média de escore da amostra.

Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência (IEEIA):

Adaptado do Inventário de Eventos Estressores na Adolescência (IEEA; Kristensen, Dell’Aglío, Leon, & D’Incao, 2004). Este inventário adaptado contém 60 itens, que identificam quais os eventos negativos já aconteceram com o participante e qual a sua percepção quanto ao impacto de cada um desses eventos. Para cada item, o participante deve indicar em uma alternativa sim/não se o evento ocorreu e, a partir disso, pontuar em uma escala do tipo Likert de cinco pontos o impacto atribuído a cada evento de fato experienciado. O instrumento demonstrou, em seu estudo original, uma elevada consistência interna (*Alfa de Cronbach*=0,92), mas não apresenta estudos de normatização.

2.3 Procedimentos e considerações éticas

Esse estudo caracterizou-se por ser de risco mínimo aos participantes e foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS, tendo seguido os preceitos éticos que regem a realização de pesquisas com seres humanos (Ministério da Saúde, 1997; Conselho Federal de Psicologia, 2000). Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsáveis das crianças que moravam com sua família, assim como o Termo de Concordância da Instituição, na figura dos diretores dos abrigos que mantêm a guarda formal dos jovens que ali vivem. Além disso, os adolescentes maiores de 12 anos, de ambos os contextos, também assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para os menores de 12 anos, nos dois contextos, foi assegurada a voluntariedade de sua participação e obtido um assentimento verbal. Os instrumentos foram aplicados nas próprias escolas e abrigos, em horários combinados com antecedência, por uma equipe de pesquisa composta por psicólogos e acadêmicos de psicologia previamente treinados. Em situações em que a equipe de coleta observou participantes com desconforto emocional, os

casos foram discutidos com os psicólogos das instituições para os devidos encaminhamentos.

2.4 Análise estatística

Os dados dos instrumentos foram digitados em uma tabela do programa SPSS, versão 14.0, a partir da qual se realizou análises descritivas e inferenciais. Foram verificadas as consistências internas (*Alfa de Cronbach*) dos instrumentos. Também foram realizados testes *t de Student*, Qui-quadrado e correlações de Pearson para verificar diferenças e associações entre as variáveis investigadas.

RESULTADOS

2.5 Dados sociodemográficos da amostra

De uma amostra inicial de 297 jovens que participaram do presente estudo, foram retirados aqueles que não responderam integralmente a todos os itens tanto do IEEIA como do CDI. Após esse ajuste no banco de dados, foram considerados para levantamento os 257 jovens que haviam respondido aos dois instrumentos de forma completa.

Participaram 66 meninas (50,8%) e 64 meninos (49,2%) institucionalizados ($M=11,29$ anos; $SD=2,04$) e 58 meninas (45,7%) e 69 meninos (54,3%) que moravam com a família ($M=11,30$ anos; $SD=2,17$). Os 130 participantes do contexto dos abrigos de proteção apresentaram um tempo de institucionalização que variou de 1 a 150 meses ($M=33,49$ meses; $SD=33,38$).

2.6 Depressão

O CDI apresentou elevada consistência interna nesse estudo (*Alfa de Cronbach*=0,86). A média geral da amostra ($n=257$) na pontuação do CDI foi de 11,41 ($SD=8,02$). Foram realizadas análises considerando as variáveis grupo, sexo e faixa etária (crianças de 7 a 11 anos e adolescentes de 12 a 16 anos). Foram encontradas diferenças significativas quanto ao sexo somente quando separados por grupo, sendo que as meninas institucionalizadas tiveram escores mais altos do que as que moram com a família. Da mesma forma, os dados apontaram uma diferença significativa em relação ao escore de depressão entre os dois grupos por faixa etária, sendo que a média das crianças e adolescentes institucionalizados foi superior a do outro grupo. Não houve, entretanto,

diferença significativa entre as médias do CDI por sexo, nem por faixa dentro de cada contexto. A Tabela 1 apresenta as médias, desvios padrão, e valores do teste *t de Student* do CDI por grupo, sexo e faixa etária.

Tabela 1

Média e Desvio-Padrão do CDI por Grupo, Sexo e Faixa Etária

Variável	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Grupo						
Instituição	130	13,26	8,53	-3,85	247,79	< 0,01
Família	127	9,52	7,01			
Sexo						
Feminino						
Instituição	66	14,41	9,51	-3,30	119,36	< 0,01
Família	58	9,45	7,16			
Masculino						
Instituição	64	12,08	7,27	-2,03	131	< 0,04
Família	69	9,58	6,92			
Faixa Etária						
7-11 crianças (anos)						
Instituição	72	13,43	9,19	-2,85	134	< 0,01
Família	64	9,28	7,58			
12- 17 adolescentes						
Instituição	58	13,05	7,71	-2,56	119	< 0,02
Família	63	9,76	6,44			

Kovacs (2003) sugere que um desvio-padrão e meio seja utilizado para obter um ponto de corte utilizando o CDI e considerou apropriado um ponto de corte de 19 pontos para o CDI (27 itens) aplicado em sua amostra, assim como Bahls (2002). No presente estudo, considerando como ponto de corte um desvio-padrão e meio acima da média (24 pontos), observou-se que 25 casos da amostra total (9,72%) poderiam ter um provável diagnóstico de depressão. Considerando cada contexto, foram observados seis participantes do grupo da família com escore maior ou igual a 24 pontos (4,72%) e 19 do grupo da instituição (14,61%). Um teste Qui-quadrado ($X^2=6,07$; $df=1$; $p=0,014$) revelou associação

significativa entre o provável diagnóstico de depressão e o grupo da instituição. Tomando-se como ponto de corte aquele utilizado por Kovacs (2003) e Bahls (2002), de 19 pontos, encontramos 44 casos (17,1%) na amostra total, sendo 15 (11,8%) no grupo da família e 29 (22,3%) no grupo da instituição, e também foi encontrada associação significativa ($X^2=4,27$; $df=1$; $p=0,039$) entre o provável diagnóstico de depressão CDI e o contexto.

2.7 Eventos estressores

Para descrever os dados do IEEIA, foram realizadas análises dos escores totais de frequência e impacto da amostra, bem como das diferenças por grupo, sexo e faixa etária. A consistência interna (*Alfa de Cronbach*) da escala em relação à frequência de eventos foi de 0,88 e em relação ao impacto foi de 0,92.

Em relação às diferenças por grupo quanto à frequência de eventos, foi encontrada diferença significativa entre as médias, sendo que os jovens institucionalizados apresentaram um número superior de eventos do que os que moravam com a família. Em relação à faixa etária, as crianças, assim como os adolescentes das instituições apresentaram maior número de eventos do que os das famílias. Foi encontrada diferença entre os sexos quanto ao número de eventos vivenciados somente dentro dos respectivos grupos, ou seja, as meninas da instituição tiveram mais eventos que as da família. Isso se repete em relação aos meninos, conforme a Tabela 2.

Comparando crianças e adolescentes dentro do contexto da instituição também foi encontrada diferença significativa ($t=-2,21$; $df=114,97$; $p<0,03$), sendo que a média dos jovens com mais de 12 anos foi mais alta do que a das crianças nesse contexto. Resultado semelhante ocorreu entre os participantes do contexto da família ($t=-2,95$; $df=114,97$; $p<0,05$), sendo que os adolescentes que moravam com sua família obtiveram média significativamente maior do que as crianças desse contexto.

Os cinco eventos que tiveram maior frequência entre os institucionalizados em relação ao outro grupo foram: "ser levado para algum abrigo" (100%), "ter que viver em abrigo" (98%), "ter que obedecer às ordens dos pais" (89,4%), "mudar de colégio" (81,8%) e "discutir com amigos" (83,3%). No grupo dos participantes que moravam com a família, os eventos mais frequentes foram: "ter que obedecer às ordens dos pais" (89,7%), "morte de outros familiares" (84,5%), "discutir com amigos" (72,4%), "tirar notas baixas na escola" (67,2%) e "ter brigas com irmãos" (70,7%).

Tabela 2

Médias e Desvios-Padrão da Frequência do IEELA por Grupo, Sexo e Faixa Etária

Variável	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Grupo						
Instituição	130	26,77	8,39	-6,96	255	< 0,01
Família	127	19,06	9,36			
Sexo						
Feminino						
Instituição	66	26,89	7,90	-4,97	122	< 0,01
Família	58	19,21	9,30			
Masculino						
Instituição	64	26,64	8,93	-4,82	131	< 0,01
Família	69	18,93	9,47			
Faixa etária (anos)						
7-11 crianças						
Instituição	72	25,33	8,32	-6,26	134	< 0,01
Família	64	16,69	7,71			
12- 17 adolescentes						
Instituição	58	28,55	8,21	-4,17	119	= 0,01
Família	63	21,46	10,28			

Quanto aos eventos que obtiveram maior impacto, considerando a escala Likert de um (nada estressante) a cinco (muitíssimo estressante), foi encontrada diferença significativa do impacto atribuído a alguns eventos específicos para cada grupo, sendo que na maioria desses eventos a média maior foi no grupo da família, conforme pode ser visto na Tabela 3. Os eventos significativamente mais impactantes para o sexo feminino e para o sexo masculino, por contexto, estão especificados na Tabela 4.

Tabela 3

Médias e Desvios-Padrão do Impacto dos Eventos do IEEIA por Grupo*

Grupo eventos	Instituição <i>M (SD)</i>	Família <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Família ter problemas com a polícia	3,55 (1,44)	2,96 (1,27)	-2,23	< 0,03
Um dos pais ter filhos com outros parceiros	2,95 (1,65)	1,92 (1,22)	-4,50	< 0,01
Não ter amigos	2,95 (1,25)	3,57 (1,47)	2,27	< 0,03
Envolver-se em brigas com agressão física	3,40 (1,41)	3,93 (1,37)	2,17	< 0,04
Ser expulso da sala de aula pela professora	2,51 (1,53)	3,41 (1,24)	2,65	< 0,01

Nota: * Eventos com diferença estatística entre os grupos

Tabela 4

Médias e Desvios-Padrão do Impacto dos Eventos do IEEIA por Grupo em Cada Sexo*

	Eventos	Instituição <i>M (SD)</i>	Família <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Meninas	Família ter problema com a polícia	3,68 (1,47)	2,85 (1,35)	-2,03	< 0,05
	Um dos pais ter filhos c/ outros parceiros	2,93 (1,59)	1,96 (1,06)	-3,04	< 0,01
	Trabalhar pra ajudar a família	3,20 (1,63)	3,09 (1,47)	-2,51	< 0,02
Meninos	Um dos pais ter filhos c/ outros parceiros	3,02 (1,40)	1,94 (1,37)	-2,91	< 0,01
	Não ter amigos	2,77 (1,51)	3,77 (1,41)	2,27	< 0,03
	Ir pro Conselho Tutelar	2,63 (1,42)	3,90 (1,20)	2,58	< 0,02
	Ter mau relacionamento com colegas	2,37 (1,38)	3,56(1,19)	3,06	< 0,01
	Envolvimento em brigas	2,91 (1,38)	3,85 (1,43)	2,65	< 0,02

Nota: * Eventos com diferença estatística entre os grupos.

Com relação à diferença por faixa etária no impacto, foi encontrada média significativamente maior entre os adolescentes institucionalizados em relação ao outro grupo somente no seguinte evento: "um dos pais ter filhos com outros parceiros" ($t=2,70$; $df=16,93$; $p<0,01$), sendo que a média dos jovens institucionalizados ($M=2,83$; $SD=1,65$) foi mais alta do que entre os que moram com a família ($M=1,60$; $SD=1,07$). Esse mesmo evento apareceu com média significativamente ($t=-2,23$; $df=70$; $p<0,03$) mais alta entre as crianças abrigadas ($M=2,30$; $SD=1,61$), em comparação com as não abrigadas ($M=2,30$; $SD=1,32$).

2.8 Correlações entre as variáveis

Foi encontrada uma correlação significativa ($r=0,37$; $p<0,01$) entre o resultado do CDI e o número de eventos estressores, demonstrando que quanto maior o número de eventos estressores maior o número de sintomas depressivos. Também foi encontrada correlação significativa entre a idade e número de eventos ($r=0,27$; $p<0,01$). Não foi encontrada correlação significativa entre o impacto dos eventos e CDI por contexto.

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu verificar os sintomas depressivos e a quantidade de eventos estressores e seu impacto em crianças e adolescentes de dois diferentes contextos de desenvolvimento. No entanto, 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, pode sugerir uma possível síndrome depressiva ou outras categorias nosológicas que compartilham características e sintomas semelhantes, sendo, nesse caso, aconselhável a investigação clínica mais aprofundada para providenciar diagnóstico e tratamento (Cunha, 2001).

Em relação aos pontos de corte utilizados para identificar os jovens com sintomatologia de depressão em cada grupo, é importante destacar que, considerando um desvio-padrão e meio acima da média (24 pontos ou mais), o percentual encontrado para a amostra de institucionalizados foi de 14,71% e considerando o ponto de corte 19, foi de 22,3%. No estudo de Dell'Aglio e Hutz (2004) foi utilizado o escore 29 como ponto de corte (critério de dois desvios padrão acima da média) e foi observado um percentual de

6% em sua amostra com provável diagnóstico de depressão. Por sua vez, Reppold (2001) utilizou o valor limite de 28 pontos, considerando dois desvios-padrão acima da média de uma amostra de adolescentes não clínicos, e constatou a prevalência de humor depressivo em 5,8% dos participantes. A falta de uma norma brasileira consolidada e a aplicação em diferentes amostras relativizam diferenças de escores e passam a ser de difícil comparação. De qualquer forma, os percentuais de provável depressão encontrados na amostra de participantes institucionalizados são altos, embora para fins de diagnóstico de depressão como transtorno, a avaliação clínica ainda seja indispensável.

Em relação ao sexo, este estudo não apontou diferença significativa entre meninos e meninas quanto aos sintomas depressivos em cada contexto. Nas crianças essa diferença não tem sido evidenciada, como mostram os estudos de Kovacs (1985), Kim e Cicchetti (2006), Gouveia et al. (1995), assim como em Barbosa, Dias, Gaião e Di Lorenzo (1996) e Bailey, Zauszniewski, Heinzer e Hemstrom-Krainess (2007). Em contrapartida, autores como Dell'Aglio e Hutz (2004), Cole et al. (2002), além de Reppold (2001), afirmaram ter encontrado diferença significativa entre os sexos utilizando o CDI. Alguns autores enfatizaram que, em amostras de jovens na adolescência inicial, essa diferença de sexo é mais evidente (Batista & Golfeto, 2000; Reppold, 2001), apontando escores mais altos entre as meninas. A partir dos 14 anos, as mulheres apresentam um risco de duas a três vezes maior de desenvolver uma alteração afetiva do que os homens (Reppold, 2001).

Com relação ao contexto de desenvolvimento dos participantes, foram observados no presente estudo maiores escores no CDI entre os jovens que vivem em abrigos de proteção. Em seu estudo utilizando o CDI, Dell'Aglio, Borges e Santos (2004) também encontraram escores mais elevados entre meninas institucionalizadas do sul do Brasil, do que em meninas que moravam com suas famílias. Argumentaram que a família que consegue exercer um papel protetivo ajuda a mediar o impacto dos estressores na vida das adolescentes. Além disso, o resultado encontrado pode estar ligado à quebra de vínculos familiares e, posteriormente, à falta de apoio familiar na mediação do impacto dos eventos estressores na vida dos adolescentes institucionalizados. Outro estudo que investigou a manifestação de sintomas depressivos, a partir do CDI, nos contextos rurais e urbanos, não encontrou diferença significativa entre esses locais de moradia (Barbosa et al., 1996).

Alguns autores demonstraram que crianças e adolescentes que vivem no contexto da instituição têm maior chance de apresentar transtornos psiquiátricos do que aqueles vivendo com suas famílias (Abreu, 2001; Fitzpatrick, 1993). O argumento de Abreu (2001)

é de que as vidas das crianças e adolescentes abrigados foram marcadas por muitos eventos adversos, o que poderia explicar a associação entre institucionalização e transtornos psiquiátricos. A institucionalização, no estudo dessa pesquisadora, mostrou-se associada a transtornos psiquiátricos, independentemente da presença de outros fatores de risco. Segundo a autora, o primeiro melhor modelo associativo para transtornos psiquiátricos incluiu viver em instituição, ter mãe desaparecida ou falecida, ter desempenho escolar prejudicado e apresentar-se em más condições de higiene. Também Pinheiro (2006), assim como Carvalho (2002), apontaram que aspectos como alta rotatividade de funcionários, falta de atividades planejadas e de apoio afetivo, por exemplo, podem trazer prejuízos aos jovens que se desenvolvem em instituições.

Por outro lado, mudanças significativas no ambiente e na qualidade de atendimento das instituições começam a ser percebidas, conforme Siqueira e Dell'Aglio (2006), sendo que os abrigos têm se mostrado mais adequados ao atendimento e proteção de crianças e adolescentes, de acordo com as especificações do ECA (1990). Assim, dependendo da forma como a instituição se organiza para cumprir com as estipulações desse Estatuto, pode se constituir como um fator de risco ou de proteção ao desenvolvimento dos jovens.

Dell'Aglio (2000) investigou os eventos de vida de crianças e adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados, através de amostras emparelhadas, também no sul do Brasil. A análise quantitativa dos eventos de vida positivos e negativos não revelou diferença significativa quanto ao número médio de eventos relatados pelos dois grupos. No entanto, observou um número maior de eventos negativos do que de eventos positivos, indicando baixa qualidade de vida em ambos os grupos. Entre os eventos de vida negativos, foram verificados como mais freqüentes aqueles referentes a desentendimentos com pares, a doenças e à violência.

No presente estudo os eventos mais freqüentes nos dois contextos, como "ter que obedecer às ordens de seus pais", "discutir com amigos", "morte de outros familiares" e "rodar de ano na escola" são semelhantes aos encontrados por Kristensen et al. (2004). Esses achados também vêm ao encontro daqueles encontrados por Dell'Aglio (2000) considerando-se a importância da relação entre os pares e as dificuldades vivenciadas na escola. No entanto, os eventos mais freqüentes não foram os de maior impacto. Os eventos de maior impacto independentemente do contexto ("morte de um dos pais", "ser estuprado", "ser rejeitado pelos familiares" e "ser tocado sexualmente contra a vontade")

estavam direta ou indiretamente relacionados à família, demonstrando, desta forma, a importância da mesma.

No entanto, vivenciar uma situação estressante pode ou não vir a ser chamada de situação de risco. Rutter (1990, 1993, 1999) destaca que os mecanismos de risco devem ser analisados enquanto processos, não sendo uma variável isolada em si mesma. As crianças e adolescentes que moram com suas famílias, e que participaram deste estudo, também admitiram ter sofrido diversos tipos de violência, embora em menor número, podendo-se concluir que também estão expostas a situações de vulnerabilidade social e pessoal. Por outro lado, observou-se um número maior de eventos estressores no grupo institucionalizado, embora o impacto maior dos eventos tenha sido no grupo da família, o que demonstra o caráter subjetivo do que é considerado risco. Assim, para os participantes do grupo da família, os eventos são mais estressantes do que para o grupo institucionalizado. Isso pode sugerir que a vivência de um maior número de eventos fez com que os jovens abrigados percebessem alguns desses como menos impactantes do que os que moram com suas famílias. Infelizmente o IEEIA não permite tal inferência, pois não contempla aspectos de estratégias de *coping* utilizadas sobre o evento, por exemplo. Trata-se de um ponto a ser mais investigado para diferenciar casos adaptativos de ocorrências de desesperança e estagnação frente à adversidade.

Em relação ao impacto dos eventos, a diferença entre meninos e meninas novamente apareceu conforme o estereótipo reforçado socialmente (Steinberg, 1999) e como em Kristensen et al. (2004). As meninas abrigadas tiveram médias mais altas de impacto em seis dos oito eventos com diferença significativa em relação ao grupo.

Sobre a frequência de eventos por faixa etária, os resultados desse estudo corroboraram pesquisas anteriores que indicaram maior número de eventos negativos entre os adolescentes do que nas crianças nos dois contextos (Kristensen et al., 2004; Steinberg, 1999). Este resultado pode ser devido tanto ao acúmulo de eventos ao longo dos anos como ao aumento da demanda interna e externa durante a adolescência, em função do próprio desenvolvimento (Steinberg, 1999). Também se torna importante enfatizar que o impacto atribuído aos eventos foi significativamente maior nos adolescentes somente em dois dos 60 itens ("não receber cuidado e atenção dos pais" e "ter dificuldades de ajustamento na escola"). Assim, como afirmaram Kristensen et al. (2004), "se a análise ficasse limitada à frequência dos eventos, poderia induzir à interpretação de que os níveis de estresse aumentam durante a adolescência: o que não parece ser o caso" (p. 50). Dessa forma,

embora aumente o número de eventos, não há percepção aumentada do nível de estresse (impacto) quanto aos eventos vivenciados para esses jovens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da manifestação de sintomas depressivos infantil pode ser uma importante ferramenta para melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras. Trata-se de um tema de saúde pública, visto que esta sintomatologia está associada a vários problemas de saúde mental. Esse estudo demonstrou a associação entre a ocorrência de eventos estressores e a manifestação de sintomas depressivos entre crianças e adolescentes. Além disso, evidenciou quantitativamente que as crianças que estão afastadas de suas famílias biológicas, por medidas de proteção, apresentaram maiores escores de sintomas depressivos. Uma avaliação mais pormenorizada e longitudinal dos casos que ultrapassaram o ponto de corte de 24 pontos adotado poderia auxiliar na elaboração de um modelo explicativo dos fatores que influenciam essa situação.

Os eventos mais frequentes apontados nessa amostra remetem aos micro-eventos diários como fontes de estresse, muitas vezes crônicos. Em linhas gerais, eventos como discutir com amigos e obedecer às ordens dos pais estão entre os resultados já obtidos em estudos anteriores (Dell’Aglío, 2000; Dell’Aglío & Hutz, 2000; Feijó, Raupp, & John, 1999; Kristensen et al., 2004). Da mesma forma, os eventos percebidos como mais impactantes foram eventos agudos e não esperados, como morte dos pais, o que também pode ser encontrado na literatura (Dell’Aglío, 2000; Feijó, Raupp, & John, 1999; Kristensen et al., 2004; Steinberg, 1999). Os jovens abrigados apresentaram maior número de eventos estressores, pois, em geral, já sofreram algum tipo de negligência ou violência, passando pelo Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude, além de múltiplas avaliações profissionais. Essa trajetória provavelmente também contribuiu para atribuições de menor impacto aos eventos estressantes do que os jovens que moram com suas famílias.

Dentre as limitações desse estudo, seria importante a realização de uma investigação clínica, que permitisse uma avaliação mais consistente da manifestação dos sintomas depressivos nestes participantes, uma vez que o CDI não possibilita a obtenção de hipóteses diagnósticas. Além disso, seria importante também uma avaliação das estratégias de *coping* utilizadas em cada grupo, especialmente daqueles que obtiveram média baixas

no CDI e número alto de eventos, para possibilitar programas de intervenção psicossocial, por exemplo. Outra limitação do estudo se refere ao seu caráter transversal, já que a avaliação foi realizada em apenas um momento, o que poderia refletir uma influência de circunstâncias desfavoráveis atuais. Assim, sugere-se a realização de estudos longitudinais, que também considerem a frequência e a percepção do impacto do evento pela criança ou o adolescente e a manifestação dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

Em suma, o presente trabalho contribuiu para destacar a necessidade de atenção aos jovens abrigados, tendo em vista os altos percentuais observados na ocorrência de eventos estressores e de sintomatologia depressiva. Além disso, sugere-se a discussão de políticas de atendimento a esta população, que observem o bem estar psicológico de crianças e adolescentes em medidas de proteção.

CAPÍTULO III

Estudo II

Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros²

Resumo

Este estudo explora a estrutura fatorial de uma adaptação para a língua portuguesa do Inventário de Depressão Infantil (CDI). A amostra foi composta por 951 crianças e adolescentes (56,8% meninas), entre 7 e 17 anos. A partir de uma análise fatorial exploratória do CDI, composto por 27 itens, com o método dos Componentes Principais e rotação Varimax, encontrou-se uma solução conceitualmente aceitável de três fatores, que explicaram 31,89% da variância das respostas. Os participantes apresentaram uma média de 11,95 ($SD=7,70$) e a consistência interna do instrumento (*Alfa de Cronbach*) foi de 0,85. Esses achados reforçam a validade da versão em língua portuguesa do Inventário de Depressão Infantil com 27 itens e sua utilidade como uma medida de sintomas depressivos. Tendo em vista as diferenças regionais observadas na comparação com estudos anteriores, este artigo também apresenta normas de uma amostra de estados do sul do Brasil.

Palavras-chave: Sintomas; depressão infantil; normas.

² Este artigo foi elaborado em co-autoria com as Profas. Débora Dalbosco Dell’Aglío e Denise Ruschel Bandeira e sua versão reformulada foi submetida à Revista de Avaliação Psicológica em 25/03/2008.

**Factor analysis of Children's Depression Inventory (CDI)
in youth Brazilian sample**

Abstract

This study was designed to assess the structure of the Children's Depression Inventory (CDI) for 951 children and adolescents (56,8% female), between 7 and 17 years. Scores of the 27 item CDI were subjected to principal components factor extraction with Varimax rotation factor analysis of CDI. Exploratory factor analysis offered three factors that together explained 31,89% of answers variance. The mean scores of the participants was 11,95 (SD=7,70) and Cronbach alpha was 0,85 for the total scale. These findings strengthen the validity of the Portuguese version of the Children's Depression Inventory with 27 items and its utility as a measure of depressive symptoms. As regional differences were observed in previous studies, this article also point out norms for southern states of Brazil.

Keywords: Simptoms; children's depression; norms.

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). O presente estudo trabalha com a depressão através da identificação de sintomas em crianças e adolescentes. A ocorrência de sintomas depressivos pode estar associada a diferentes transtornos, especialmente Transtornos de Déficit de Atenção, de Ansiedade, do Comportamento Disruptivo e Transtornos Alimentares (DSM-IV-TR, APA, 2000/2002).

Os sintomas depressivos mais comuns na infância e adolescência são os atípicos, caracterizados por irritabilidade, hiperatividade e agressividade. Os sintomas clássicos, como tristeza, diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa auto-estima, idéias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, ideação suicida, também podem ocorrer (Del Porto, 1999; Marcelli, 1998).

A detecção precoce de sintomas depressivos em crianças ou adolescentes pode evitar que venham a desenvolver quadros graves, com prejuízos no convívio social e no ambiente escolar e familiar. Para facilitar a identificação de provável diagnóstico e indicar encaminhamento para avaliação clínica, existem variados métodos, uma vez que eles estão ligados aos diferentes critérios diagnósticos adotados. Os principais instrumentos indicados na literatura (Assumpção Júnior, 2002; Del Barrio, Olmedo, & Colodrón, 2002; Carter, Grigorenko, & Pauls, 1995), para mensuração dos sintomas depressivos, são o Inventário Beck de Depressão (BDI, Cunha, 2001), o *Self-Rating Depression Scale* (SDS, Thurber, Snow, & Honts, 2002), ambos para adultos, a *Conner's Rating Scale-Revised* (CRS-R, Conner, 1997), Escala de Avaliação do Grau de Severidade da Depressão Infantil (CDRS-R, Poznanski & Mokros, 1995) e o *Children's Depression Inventory* (CDI, Kovacs, 1992, 2003), sendo esses últimos para crianças. O CDI (Kovacs, 1983, 1985, 1992, 2003) vem sendo descrito como o instrumento mais utilizado, em nível internacional, para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes tanto nos contextos clínicos como de pesquisa (Baptista & Golfeto, 2000; Cole et al., 2002). Em nível nacional, o CDI tem sido utilizado no contexto de pesquisas que abordam o construto da depressão.

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) foi criado por Kovacs (1983, 1985, 1992, 2003), a partir de uma adaptação do Beck Depression Inventory para adultos. O objetivo

do CDI é verificar a presença e a severidade de sintomas de depressão em jovens de sete a 17 anos a partir de seu auto-relato. Contém 27 itens com três opções de resposta cada um, pontuadas de zero a dois, e tem sido descrito como psicometricamente satisfatório em diversos países. No estudo de Kovacs, cujos dados normativos foram baseados nas respostas de 1266 estudantes de escolas públicas da Flórida, o *Alfa de Cronbach* foi de 0,86.

Kovacs (2003) descreve cinco fatores ou subescalas que compõem o instrumento completo e foram obtidos através de uma análise fatorial realizada com o método *Maximum Likelihood* (ML) e rotação *Oblimin*. O primeiro fator é chamado de Humor Negativo (*Negative Mood*) e contém seis itens que refletem sentimentos de tristeza, vontade de chorar, preocupação com “coisas ruins”, estar incomodado com alguma coisa e sentir-se incapaz de tomar decisões. Esse fator respondeu por 23,3% da variância nos escores do CDI, conforme Kovacs apresenta no Manual (Kovacs, 2003). O segundo fator é denominado Problemas Interpessoais (*Interpersonal Problems*), e contém quatro itens que englobam problemas e dificuldades em interações com pessoas, evitação e isolamento social. O terceiro fator, com quatro itens, chama-se Inefetividade (*Ineffectiveness*), e reflete avaliação negativa das próprias habilidades e desempenho escolar. O quarto fator chamado Anedonia (*Anhedonia*), contém oito itens e caracteriza a “depressão endógena”, incluindo perda da capacidade de sentir prazer, perda de energia, dificuldades em comer ou dormir e senso de isolamento. O último fator, chamado Auto-Estima Negativa (*Negative Self-Esteem*), engloba cinco itens sobre baixa auto-estima, não gostar de si mesmo, sentimentos de não ser amado e uma tendência a ter ideiação suicida.

No estudo de adaptação para o Brasil com 305 jovens paraibanos de oito a 15 anos (Gouveia et al., 1995), o CDI mostrou-se unifatorial, com apenas 18 itens e com norma provisória de ponto de corte de 17 pontos. O método utilizado para extração final do fator único foi o ML, e a variância total dos escores foi explicada em 13,4%. Além disso, os autores encontraram um *Alfa de Cronbach* de 0,81. Em estudo posterior, Barbosa et al. (1996), estabeleceram um ponto de corte de 18 pontos, o que correspondeu ao 78º posto percentílico. Eles utilizaram o CDI adaptado por Gouveia et al. (1995), de 18 itens, e sua amostra normativa foi de 807 jovens do interior da Paraíba. Em outro estudo, realizado com amostra de 287 escolares de Ribeirão Preto na faixa etária de sete a 14 anos, Golfeto, Veiga, Souza e Barbeira (2002) encontraram uma estrutura fatorial com cinco fatores utilizando rotação Varimax e o critério de Kaiser. Esses fatores explicaram juntos, 47,4%

da variância dos escores e apresentaram *Alfa de Cronbach* de 0,81. No entanto, tais fatores não foram nomeados conforme seu conteúdo.

Considerando os estudos de Kovacs para o desenvolvimento do CDI (Kovacs, 1992, 2003) e o estudo brasileiro de validação para o Brasil (Gouveia et al., 1995), objetivou-se verificar as propriedades psicométricas do CDI em uma amostra do sul do Brasil, além de estabelecer normas atualizadas.

MÉTODOS

3.1 Participantes

Participaram deste estudo 951 crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 7 e 17 anos da região sul do país, sendo que 634 moravam com suas famílias e 317 viviam em instituições. Esta amostra foi formada a partir de cinco diferentes bancos de dados, de pesquisas realizadas por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com participantes da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, e da cidade de Joaçaba, Santa Catarina. As características dos bancos de dados são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5

Composição dos Bancos de Dados

Banco	N	Idade	Sexo		Série	Contexto	
		M (SD)	F	M		Inst.	Fam.
1	110	12 a 17 anos	100%	-	NE* a	62	48
		14,54 (1,39)			3º EM*	56,4%	43,6%
2	213	7 a 15 anos	112	101	1ª a 6ª s.	104	109
		10,28 (1,88)	(52,6%)	(47,4%)	EF*	48,8%	51,2%
3	177	15 a 17 anos	101	76	8ª série	-	177
		16,57 (0,58)	(57,1%)	(42,9%)	EF* a 2º		100%
4	158	8 a 12 anos	76	82	3ª série	-	158
		9,10 (1,10)	(48,1%)	(51,9%)	EF*		100%
5	293	7 a 16 anos	141	152	1ª a 8ª s.	151	142
		11,22 (2,14)	(48,1%)	(51,9%)	EF*	51,5%	48,5%
Total	951	7 a 17 anos	540	411	NE* a 3º	317	634
		12,04 (3,09)	(56,8%)	(43,2%)	EM*	33,3%	66,7%

Nota: *NE: Nunca estudou; EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio

3.2 Instrumentos e Procedimentos

Foi utilizada a versão do CDI traduzida e adaptada para o Brasil por Gouveia et al. (1995), com os 27 itens da escala original de Kovacs (2003). A aplicação do instrumento seguiu as orientações do Manual de Aplicação (Kovacs, 1992, 2003) e as considerações éticas para pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 0196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução do Conselho Federal de Psicologia número 016/2000. Os dados foram digitados em planilha do programa estatístico SPSS versão 13.0, reunindo os cinco bancos de dados.

RESULTADOS

Inicialmente, verificou-se a distribuição dos itens com cinco fatores utilizando-se o método *Maximum Likelihood* e rotação *Oblimin*, conforme a disposição fatorial encontrada

por Kovacs (2003). Apesar de ter explicado 27,19% da variância, essa disposição de cinco fatores não demonstrou ter uma boa explicação conceitual dos itens em cada fator, nem correspondeu à definição descrita por Kovacs no manual do CDI.

A partir disso, foi realizada uma análise fatorial exploratória para buscar a melhor disposição de itens por fatores, tanto estatisticamente quanto conceitualmente. Foram realizadas análises fatoriais exploratórias contendo de seis fatores a um, pelos métodos *Maximum Likelihood* (ML) e rotação *Oblimin* e dos Componentes Principais (PC) e rotação *Varimax*. O Scree Plot (Figura 1) apresenta 3 a 5 fatores diferenciáveis.

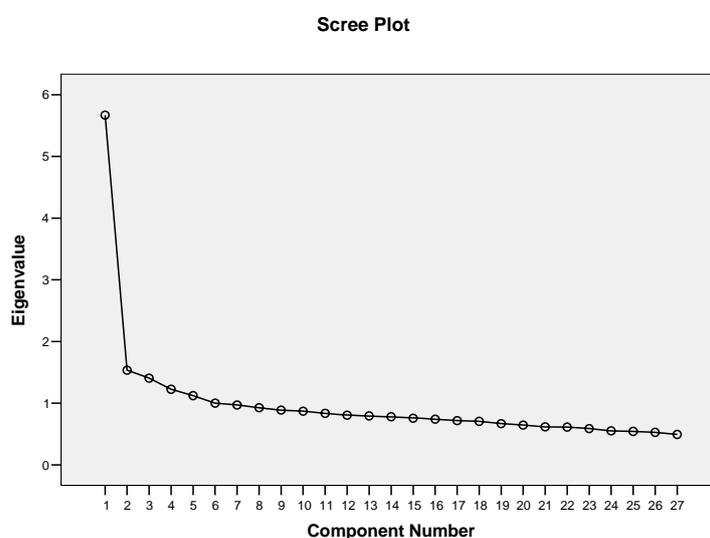


Figura 1. Scree Plot dos fatores

A solução de três fatores apresentou os requisitos exigidos para a realização da Análise Fatorial (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005; Pardo, 2002), com determinante próximo à zero (0,01), KMO maior que 0,6 (0,91) e teste de esfericidade de Bartlett significativa ($p < 0,01$). O modelo de distribuição fatorial que se mostrou mais adequado foi aquele realizado pelo método PC com rotação Varimax. Este modelo apresentou 31,89% da variância explicada, sendo 12,99% do primeiro fator, 10,33% do segundo e 8,57% do terceiro. As saturações de cada item nos respectivos fatores são apresentadas na Tabela 6, e estão dispostos conforme sua carga fatorial e não pela ordem do inventário. Estabeleceu-se como saturação mínima, o valor de 0,22. Nos casos em que o item poderia pertencer a mais de um fator, foi utilizado primeiramente o critério de mais alto valor de saturação e, secundariamente, do conteúdo semântico do item e sua pertinência no fator previamente descrito. Isso aconteceu com o item 13, “Eu não consigo tomar decisões”, como pode ser

visto na Tabela 6. Apesar de ficar com menor saturação, esse item está melhor relacionado com a definição conceitual de “Desempenho” (Fator 3) do que de “Relação com o outro” (Fator 2).

Além disso, foram realizadas análises fatoriais separadamente para participantes dos contextos abrigo e família. Obteve-se distribuições semelhantes dos itens em cada fator nos dois grupos, permitindo que se considerasse adequada a análise do instrumento com os bancos reunidos. A literatura especializada tem indicado que, se o objetivo da análise fatorial é separar claramente os fatores, a rotação ortogonal para análises fatoriais é a mais adequada. Dessa forma, os itens que apresentam sintomatologias específicas ficam aglutinados, ainda que o instrumento possua correlação conceitual entre seus itens, tal como no construto depressão (Artes, 1998; Hair et al., 2005; Pardo, 2002). A descrição conceitual de cada fator ficou assim definida:

Fator 1 - Afetivo-somático

Caracteriza os itens que abordam sentimentos de tristeza, de solidão, de ser mau, bem como ter vontade de chorar, preocupações pessimistas, irritabilidade e ideação suicida. Inclui fadiga e preocupação com sentir dores ou adoecer.

Fator 2 - Relação com o outro

Refere-se aos itens que traduzem dificuldades em relacionar-se com os outros, falta de prazer nas atividades de diferentes contextos da vida, autodepreciação comparada, não se sentir amado e redução de interesse social.

Fator 3 - Desempenho

Envolve os itens em que há uma auto-avaliação cognitiva em relação ao seu desempenho, como no rendimento escolar, na tomada de decisões, no comportamento agressivo, e culpa pelos acontecimentos ruins. Inclui problemas para dormir e se alimentar.

Foi avaliada a consistência interna de cada fator e da escala total, que apresentou consistência semelhante à encontrada por Kovacs (2003), cujo valor foi de 0,86. Os dados descritivos de cada fator são apresentados na Tabela 7.

Tabela 6

Matriz Rotada com as Cargas Fatoriais

Item	Conteúdo	Fator		
		1	2	3
1	Eu estou sempre triste	,670	,248	
11	Eu me sinto sempre preocupado	,636		
10	Eu sinto vontade de chorar diariamente	,635	,241	
17	Eu estou sempre cansado	,591		
20	Eu sempre me sinto sozinho(a)	,523	,406	
5	Eu sou sempre mau (má)	,483		
9	Eu quero me matar	,466		
19	Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente	,461		
6	Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão	,410		,283
21	Eu nunca me divirto na escola		,581	
25	Ninguém gosta de mim realmente		,549	
14	Eu sou feio		,539	
4	Nada é divertido para mim		,539	
22	Eu não tenho amigos		,502	
7	Eu me odeio	,272	,447	
24	Não posso ser tão bom quanto outras crianças		,395	,336
12	Em muitas ocasiões, eu não gosto de estar com as pessoas	,322	,370	
13	Eu não consigo tomar decisões	,233	,337	,226
26	Eu nunca faço o que mandam			,576
27	Eu estou sempre me envolvendo em brigas	,330		,564
15	Tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa			,551
3	Eu faço tudo errado	,317		,519
8	Tudo de mau que acontece é por minha culpa	,361		,442
23	Eu tenho me saído mal em matérias que costumava ser bom		,340	,351
2	Nada vai dar certo para mim.		,331	,351
16	Eu tenho sempre dificuldades pra dormir à noite	,268		,297
18	Quase sempre eu não tenho vontade de comer			,237

Nota: Método de extração: Componentes Principais. Método de rotação: Varimax.

Tabela 7

Média, Desvio-Padrão, Número de Itens, Variância Explicada e Coeficiente Alfa dos Fatores e da Escala Total

Fatores	<i>M</i>	<i>SD</i>	Nº de Itens	Variância explicada	α
1	3,69	3,460	9	12,99%	0,76
2	3,38	2,56	8	10,33%	0,65
3	4,88	3,29	10	8,57%	0,68
Escala Total	11,95	7,70	27	31,89%	0,85

3.3 Análises Descritivas e Inferenciais

A partir da análise fatorial, foi realizada uma análise descritiva com os 27 itens do instrumento. Para o levantamento dos escores, foi obtida a soma dos pontos em cada item respondido, conforme orientação do manual do CDI (Kovacs, 2003). Foram realizadas análises dos escores considerando as variáveis sociodemográficas faixa etária, sexo e contexto.

Os participantes desse estudo obtiveram uma média de 11,90 ($SD=7,29$) pontos no CDI, sendo que a amplitude foi de zero a 47. Foram realizadas análises por faixa etária, conforme a divisão adotada por Kovacs (2003), separando os participantes em crianças (7 a 12 anos; $n=550$) e adolescentes (13 a 17 anos; $n=401$). Um teste *t* de *Student* indicou diferença significativa entre as médias dessas faixas etárias ($t=2,80$; $df=949$; $p=0,05$), sendo que os adolescentes apresentaram uma média mais alta ($M=12,77$; $SD=7,64$) do que as crianças ($M=11,36$; $SD=3,99$).

Foi encontrada diferença significativa entre os sexos ($t=6,38$; $df=339,41$; $p<0,01$), no grupo de adolescentes, sendo a média das meninas ($M=14,30$; $SD=7,92$) mais alta do que dos meninos ($M=9,76$; $SD=6,04$). No grupo de crianças também foi encontrada diferença significativa entre os sexos ($t=2,57$; $df=536,32$; $p=0,01$), com uma média maior de sintomas depressivos nas meninas ($M=12,20$; $SD=8,18$) do que nos meninos ($M=10,52$; $SD=7,10$). Outro resultado importante é que foi observada diferença estatística nos escores do CDI por faixa etária, no sexo feminino ($t=3,03$; $df=538$; $p<0,01$), com médias mais altas entre as adolescentes. Entre os meninos não foi observada diferença por faixa etária.

Considerando os contextos em que os participantes viviam, família e instituição, houve diferença significativa ($t=9,50$; $df=483,67$; $p<0,01$) no escore do CDI, sendo que a média dos que moravam no abrigo foi mais alta ($M=15,49$; $SD=8,86$) do que os da família ($M=10,19$; $SD=6,36$). Essa diferença significativa foi decisiva para que se considerasse, para fins de normatização, apenas os jovens que moravam com sua família ($n=634$).

3.4 Estabelecimento de Normas

Os dados normativos foram compostos apenas pelo grupo de crianças e adolescentes que moravam com sua família, uma vez que o grupo dos que moravam no abrigo poderia enviesar os valores devido à pontuação bastante elevada no CDI. Assim, foram estabelecidas normas intragrupo por percentis para sexo e faixa etária (Tabela 8).

Os três fatores que englobam itens específicos também foram considerados para fins de normatização. A Tabela 9 apresenta a norma para cada fator de acordo com sexo e faixa etária.

Tabela 8

Normas por Percentis do CDI para Sexo e Faixa Etária

<i>Percentil</i>	<i>Meninos</i>		<i>Meninas</i>	
	<i>7-12 anos</i>	<i>13-17 anos</i>	<i>7-12 anos</i>	<i>13-17 anos</i>
1	0	0	0	0
5	0	2	2	3
10	2	3	3	4
15	3	4	4	6
20	4	4	4	7
25	4	5	6	8
30	5	6	6	9
35	6	7	7	9
40	7	7	7	10
45	8	8	8	11
50	8	8	9	12
55	9	9	10	12
60	9	10	11	13
65	10	10	12	14
70	11	11	12	14
75	11	12	13	15
80	13	13	15	16
85*	14	14	16	18
90	17	18	20	20
95	21	21	24	23
99	33	26	32	29
100	38	26	34	30

Nota:* Considera-se, sob ponto de vista epidemiológico, que os indivíduos que atingem a partir do percentil 85 devem ser considerados como clinicamente significativos (Kovacs, 2003).

Tabela 9

Normas em Percentis de Cada Fator do CDI para Sexo e Faixa Etária*

Percentil	Meninos						Meninas					
	7-12 anos			13-17 anos			7-12 anos			13-17 anos		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1
15	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	2	1
20	0	1	1	1	1	2	0	2	1	1	2	2
25	0	1	1	1	1	2	0	2	1	2	2	2
30	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3
35	1	2	2	1	2	2	1	3	2	2	3	3
40	1	2	2	1	2	3	1	3	2	3	3	3
45	2	3	2	1	2	3	2	3	3	3	4	3
50	2	3	3	2	3	4	2	4	3	3	4	4
55	2	3	3	2	3	4	2	4	3	3	4	4
60	3	3	3	2	3	4	3	4	4	4	5	4
65	3	4	4	2	4	4	3	5	4	4	5	5
70	3	4	4	3	4	5	4	5	4	5	5	5
75	4	5	5	3	4	5	4	5	5	5	6	5
80	5	5	6	4	5	6	5	6	6	6	6	6
85	5	6	6	4	5	7	6	7	6	6	7	7
90	6	6	7	6	7	7	7	7	8	8	8	8
95	9	8	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9
99	13	12	11	12	11	9	15	11	11	11	11	11
100	15	15	12	12	11	9	16	14	11	12	11	11

Nota:* Fator 1: Afetivo-somático; Fator 2: Relação com o outro; Fator 3: Desempenho.

DISCUSSÃO

Esse estudo buscou verificar as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil em uma amostra do sul do Brasil. O CDI, que é um instrumento bastante utilizado em pesquisas brasileiras (Bahls, 2002; Baptista & Golfeto, 2000; Dell’Aglío, Borges, & Santos, 2004; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Gouveia et al., 1995; Golfeto et al., 2002; Reppold, 2001), assim como em estudos internacionais (Aronen & Soininen, 2000; Cole et al., 2002; Del Barrio et al., 2002; Drucker & Greco-Vigorito, 2002; Kovacs, Obrosky, Gatsonis, & Richards, 1997; Sherrill & Kovacs, 2000; Timbremont, Braet, & Dreesen, 2004; Yu & Li, 2000), apresentou boa capacidade de medir os sintomas depressivos mais comuns em crianças e adolescentes, conforme descrição do DSM-IV-TR (APA, 2000/2002).

A partir da estrutura fatorial encontrada, a hipótese multifatorial do CDI foi reforçada, tal como aconteceu nos estudos de Kovacs (2003) e no de Golfeto et al. (2002). Gouveia et al. (1995) que buscaram adaptar o CDI para o contexto brasileiro, encontraram apenas um fator com 18 itens, tendo descartado os nove itens restantes que não obtiveram carga fatorial acima de 0,35. A amostra desses pesquisadores foi composta por 305 jovens de 8 a 15 anos que moravam em João Pessoa e estudavam em escolas públicas ou privadas. No estudo de Gouveia et al. (1995), não foi encontrada diferença significativa na média dos escores em nenhuma das variáveis sociodemográficas investigadas (sexo, faixa etária, série e tipo de escola).

Em algumas análises prévias realizadas, com método dos Componentes Principais e rotação Varimax, por exemplo, os itens 16 e o 18 (*eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite e quase sempre eu não tenho vontade de comer*, respectivamente) apareceram reunidos tanto com o primeiro fator quanto com o terceiro e com cargas fatoriais baixas, o que indica que talvez devam ser revistos em sua escrita ou relevância para a detecção de sintomas depressivos, principalmente em crianças. A esse respeito, Marcelli (1998) alerta que é mais comum que a criança com depressão não consiga atingir o peso esperado para a idade do que tenha perda de peso, o que poderia, em parte, justificar os problemas com esse item. Além disso, “dormir” e “comer” bem parecem ter sido entendidos pelas crianças da amostra como expressões de alta desejabilidade social e não de bem-estar. Se dormem e comem “direitinho”, é porque se comportam bem. Essa

característica parece ser culturalmente regionalizada, uma vez que esses itens apresentaram-se diferentemente na amostra paraibana (Gouveia et al., 1995).

As diferenças por faixa etária e por sexo encontradas nas análises inferenciais, em que as meninas adolescentes tiveram mais sintomas depressivos, também foram encontradas nos estudos de Reppold (2001) e de Dell’Aglío e Hutz (2004), além de estarem presentes na descrição de Steinberg (1999). Por outro lado, a diferença por sexo encontrada na faixa etária das crianças não é tão comum na literatura. Kovacs (1985), Gouveia et al. (1995), Golfeto et al. (2002) e Wathier e Dell’Aglío (2007) não evidenciaram diferença por sexo entre as crianças. Entre os meninos, não houve diferença entre as faixas etárias, o que também é apontado por Kaplan et al. (1997) e Steinberg (1999). Segundo esses autores, no período da adolescência, as meninas apresentam mais sintomas depressivos e transtornos internalizantes, tais como a depressão.

A diferença encontrada por contextos, por sua vez, em que os participantes institucionalizados apresentaram escores mais altos do que os que moravam com a família está de acordo com Dell’Aglío (2000), Dell’Aglío, Borges e Santos (2004), Siqueira e Dell’Aglío (2006) e Poletto (2007). Destaca-se que jovens institucionalizados geralmente passam por mais eventos estressores relacionados à sua retirada da família, tais como violência, maus tratos e perda dos pais, que têm sido considerados como fatores de risco para depressão por diversos autores (Abreu, 2001; Dell’Aglío, Borges, & Santos, 2004; Dell’Aglío, 2000; Fitzpatrick, 1993; Merikangas & Angst, 1995; Poletto, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Inventário de Depressão Infantil mostrou-se adequado como instrumento de *screening* independentemente do contexto onde a criança e o adolescente se encontrem. A presente pesquisa encontrou uma composição trifatorial e um *Alfa de Cronbach* de 0,85 no CDI, demonstrando boa consistência interna. Estes resultados indicam que a adaptação para a versão brasileira é adequada e apresenta características psicométricas satisfatórias, permitindo uma normatização para crianças e adolescentes do sul do Brasil.

Sugere-se, para estudos futuros, que sejam coletadas amplas amostras com participantes de diferentes regiões do país para confirmar ou adequar a normatização proposta nesse artigo. Além disso, pesquisadores têm defendido a necessidade de estudos

com amostras clínicas e o uso de análises estatísticas mais sofisticadas, como a análise fatorial confirmatória, através dos modelos de equação estrutural (Hair et al., 2005; Tróccoli, 1996).

CAPÍTULO IV

Estudo III

Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados

Resumo

Este estudo longitudinal investigou eventos de vida estressantes, variáveis psicossociais e preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. A amostra foi composta por 127 participantes de 7 a 16 anos ($M=11,07$; $SD=2,07$) que viviam em abrigos de proteção da região metropolitana de Porto Alegre. Utilizou-se o Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência (IEEIA) e o Inventário de Depressão Infantil (CDI). Não houve diferenças significativas no escore do CDI, na frequência e no impacto de eventos estressores, ao longo do tempo. A análise de regressão linear múltipla permitiu propor um modelo de variáveis preditoras, que juntas explicaram 56,7% da variação nos escores do CDI ao longo do tempo. O preditor de sintomas depressivos em T2 com maior poder explicativo foi o escore do CDI na primeira aplicação (T1), seguido pelos eventos “Ter problemas com professores”, “Sentir-se rejeitado pelos colegas e amigos” e “Um dos pais ter que morar longe”. Destaca-se a importância de prevenir a ocorrência de eventos relacionados principalmente a conflitos na escola e familiares, bem como promover intervenções junto às famílias mais vulneráveis.

Palavras-chave: Sintomas depressivos; eventos de vida estressantes; institucionalização.

Predictors of depressive symptoms in institutionalized children and adolescents

Abstract

This longitudinal study investigated the stressful events, psychosocial variables and the predictors of depressive symptoms in 127 participants who were living in shelters in the metropolitan region of Porto Alegre. Their age varied between 7 and 16 years ($M=11,07$; $SD=2,07$). The Children's Depression Inventory (CDI) and Childhood and Adolescence Stressful Life Events Inventory (IEEIA) were administered. Taking into account the CDI score, the frequency and the attributed impact of stressful events, longitudinal differences weren't observed. The regression linear multiple analyses allowed to consider a model of variables predictors that explain, together, 56,7% of the differences on the CDI scores along the time. The most powerful predictor of depression symptoms in T2 was "to have problem with teacher", "feelings of peer rejection" and "one of parents ought to live far away". It is highlighted the importance of preventing the event related mainly to the school and familiar conflicts, as well as promoting interventions with vulnerable families.

Keywords: Depressive symptoms; stressful life events; institutionalization.

INTRODUÇÃO

Neste estudo utilizou-se o termo depressão para indicar a presença de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Identificar os fatores de risco preditores de psicopatologia na infância e adolescência, assim como desenvolver formas eficazes de intervir precocemente nestas situações, têm sido alvo de muitos pesquisadores da saúde mental (Birmaher et al., 2007; Dell’Aglia & Hutz, 2004; Emslie et al., 2004; Hamilton & Bridge, 2006; Masten, 2006; Reppold & Hutz, 2003; Zavaschi, Satler, Poester, Vargas, Piazenski, Rohde, & Eizirik, 2002). Entre as psicopatologias mais frequentes na infância e adolescência destaca-se a depressão. Apesar de difícil detecção, a hipótese de depressão nestas faixas etárias tem sido cada vez mais considerada em diagnósticos clínicos. Emslie, Rush, Weinberg e Gullion (1997) verificaram que 47,2% das crianças e adolescentes internados com quadro de depressão maior apresentaram o retorno dos sintomas até um ano após a alta e 69,2% nos dois anos seguintes. Esses percentuais caracterizam, segundo os autores, episódios tão ou mais numerosos que os dos adultos.

A complexidade do surgimento da depressão reside, sobretudo, na origem múltipla, de ordem biológica, social e emocional (Bahls, 1999). Em crianças e adolescentes a depressão é caracterizada por sintomas típicos como tristeza, baixa auto-estima, fadiga e problemas do sono e da alimentação, além dos atípicos, tais como irritabilidade, agressividade ou tédio (Cole et al., 2002; Marcelli, 1998). Tais sintomas podem estar mascarando um transtorno depressivo maior, propriamente dito, ou mesmo outros quadros que prejudicam o desenvolvimento pleno desses jovens (Bahls, 2002). A detecção precoce e prevenção dos sintomas podem evitar danos neuronais e psicossociais, além de reduzir as chances de que crianças e adolescentes desenvolvam outras patologias mais graves ao longo de sua vida (Emslie et al., 2004).

Alguns autores apóiam a idéia de que a organização cognitiva das pessoas deprimidas são retroalimentadas pelo pessimismo, de forma a transformar-se num círculo vicioso (Bahls, 1999). Para Bandura e Simon (1977) as pessoas depressivas, estando pessimistas, facilmente despertam a rejeição e isso intensifica sua autodesaprovação, tornando-as mais negativas e assim alimentando o ciclo doentio. Abramson, Seligman e Teasdale (1978), enfatizam que o aprendizado da impotência perante os acontecimentos é responsável pela representação cognitiva de fracasso existente em alguns dos pacientes deprimidos.

Uma das formas de avaliar os sintomas depressivos é o Inventário de Depressão Infantil (CDI; Gouveia et al., 1995; Kovacs, 1983, 1985, 2003) que tem sido um instrumento muito utilizado em pesquisas com crianças e adolescentes (Baptista & Golfeto, 2000; Del Barrio, Olmedo, & Colodrón, 2002). Em um estudo de análise fatorial do CDI aplicado em amostra de algumas cidades do sul do Brasil, Wathier, Dell’Aglío e Bandeira (2008) encontraram três fatores denominados Afetivo-somático, Relação com os outros e Desempenho. Além dos fatores, as autoras estabeleceram pontos de corte de acordo com a idade e sexo do jovem. Esse instrumento demonstrou ter boas qualidades psicométricas e permitiu uma avaliação geral da presença e da severidade dos sintomas depressivos (Wathier, Dell’Aglío, & Bandeira, 2008; Gouveia et al., 1995).

Wilde, Kienhorst, Diekstra e Wolters (1992), assim como Prieto e Tavares (2005) afirmam que a vivência de eventos estressores tem sido associada à depressão, bem como à tentativa ou ideação suicida. Além disso, Merikangas e Angst (1995) destacam que fatores como o aumento da idade, ser do gênero feminino e ter baixo nível socioeconômico podem aumentar a vulnerabilidade das crianças e adolescentes à depressão. Esses autores acrescentam que, traços de personalidade mais introspectiva e dependente, além de presença de história familiar de depressão e de fatores ambientais desencadeantes também podem ser fatores de risco para depressão. Por outro lado, o sucesso na vida escolar, o envolvimento em atividades extracurriculares, a competência social, as relações sociais positivas com adultos fora da família, a autopercepção positiva, a competência intelectual, e suportes sociais adequados são características protetoras para que não se desenvolva depressão (Merikangas & Angst, 1995).

Alguns autores apontam a institucionalização durante a infância e adolescência como um fator de risco para depressão (Dell’Aglío & Hutz, 2004; Merikangas & Angst, 1995). No entanto, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), o abrigo deve ser uma medida protetiva, excepcional e provisória, que visa, em um primeiro momento, a retirar a criança ou adolescente da situação de risco em que se encontra. Assim, a instituição tem a função de proporcionar atenção às diferentes necessidades da pessoa em

desenvolvimento. Esse contexto deve ser temporário, até que a família das crianças e adolescentes esteja organizada para recebê-las novamente ou sua inserção em outro lar tenha sido autorizada judicialmente.

A institucionalização, durante a infância e a adolescência, geralmente é acompanhada de rompimento de vínculos e de situações de violência. Essas experiências podem estar relacionadas a sintomas depressivos, conforme já afirmaram Dell’Aglío (2000), Dell’Aglío e Hutz (2003) e Kim e Cicchetti (2006). Sendo assim, objetivou-se identificar preditores de aumento de sintomas depressivos ao longo do tempo, em uma amostra de crianças e adolescentes que vivem sob proteção em abrigos. Também foram investigados os eventos de vida estressantes e outras variáveis psicossociais, como as relacionadas ao número de irmãos, configuração familiar e tempo de institucionalização, entre outras.

MÉTODO

4.1 Participantes

Participaram deste estudo 127 crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 7 e 16 anos ($M=11,07$; $SD=2,07$) que residiam em sete instituições de proteção governamentais e duas não governamentais na região metropolitana de Porto Alegre. Frequentavam da 1ª a 8ª série do Ensino Fundamental de escolas públicas.

A partir de listagens de abrigos fornecidas pela Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul (FPERGS) e pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), órgãos do governo estadual e municipal, respectivamente, foram convidados a participar, crianças e adolescentes que se encaixavam na referida faixa etária e não apresentavam dificuldades que impossibilitassem a compreensão do conteúdo dos instrumentos. Estes abrigos estão inseridos na comunidade, na qual estas crianças e adolescentes utilizam recursos de escola, centros de lazer, praças e também a rede municipal de saúde.

4.2 Procedimentos e instrumentos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS e as instituições participantes, que mantêm a guarda das crianças e adolescentes, assinaram um Termo de Concordância da Instituição para a realização da pesquisa. Os instrumentos foram aplicados individualmente a cada participante, nos próprios abrigos, em horários

combinados previamente. Foram realizadas duas a três sessões de aplicação dos instrumentos, conforme o ritmo e disponibilidade de cada participante.

Na entrevista inicial (Anexo G) foram coletados dados sociodemográficos, tais como idade, escolaridade, tipo de abrigo, tipo de configuração familiar que as crianças e adolescentes tinham antes de ir pro abrigo, entre outras. Após isso, foram aplicadas individualmente as escalas IEEIA e CDI, em locais disponibilizados nos próprios abrigos.

O Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência (IEEIA), adaptado do Inventário de Eventos Estressores na Adolescência (IEEA; Kristensen et al., 2004), contém 60 itens, que identificam quais os eventos negativos ocorreram na vida dos participantes e a sua percepção quanto ao impacto de cada um desses eventos. Para cada item, os participantes deveriam indicar em uma alternativa sim/não se o evento ocorreu e, a partir disso, pontuar em uma escala *Likert* de cinco pontos o impacto atribuído a cada evento de fato experienciado. O instrumento apresentou, em seu estudo original (Kristensen et al., 2004), uma elevada consistência interna (*Alfa de Cronbach*=0,92).

O *Inventário de Depressão Infantil* (CDI, adaptado para o Brasil por Gouveia et al., 1995), é um inventário de auto-relato, com 27 itens e tem objetivo de detectar a presença e severidade dos sintomas depressivos. Para cada item, o participante deve escolher entre três opções de resposta, a que melhor descreve seu estado no período atual. As opções de resposta são pontuadas de zero a dois.

RESULTADOS

O número de participantes que responderam integralmente a todos os instrumentos utilizados para esse estudo em T1 foi 148 e a perda amostral de T1 para T2 foi de 21 participantes (14,19%). Sendo assim, só compuseram a amostra total deste estudo, aqueles que participaram das duas etapas, ou seja, 127 crianças e adolescentes. Destes, 67 eram meninas e 60 meninos que estavam distribuídos da seguinte forma: 20 eram de um abrigo municipal; 81 eram de abrigos estaduais e 26 de instituições não-governamentais.

A média do intervalo de tempo de aplicação dos instrumentos entre T1 e T2 foi de 7,62 meses (*SD*=1,20), tendo sido o intervalo mínimo de cinco e o máximo de 11 meses entre as duas coletas de dados. O tempo de institucionalização dos participantes variou de 6 a 158 meses, sendo que a média foi de 43,94 meses (~3,7 anos). A média de idade dos

participantes foi de 12,25 anos ($SD=1,98$) em T2. O número de irmãos variou de 1 a 14, sendo a média de 4,27 irmãos ($SD=2,48$).

Considerando toda a amostra, destaca-se que em 89% dos casos, seus pais não viviam juntos e apenas 37,5 % conheciam o pai. Além disso, 56,3% conheciam a mãe, embora essa já fosse falecida para 31,1% destes. Quanto a manter contato com a família, 61,9% dos participantes afirmou que mantinha algum tipo de contato com pelo menos um membro da família, sendo que estes variaram desde visita semanal ou apenas uma visita anual. Quanto à configuração familiar, 51,7% dos jovens da amostra moravam com família monoparental antes de ir para o abrigo. Utilizou-se um teste t para amostras pareadas para identificar a estabilidade do número de eventos e do impacto atribuído aos mesmos em T1 e T2. Não foi encontrada diferença significativa ($t=0,99$; $df=126$; $p=0,32$) na frequência de eventos estressores e no impacto atribuído ($t=-0,78$; $df=126$; $p=0,44$) comparando-se T1 e T2. O número de sintomas depressivos também se manteve estável ao longo do tempo, não havendo diferença estatística significativa ($t=1,58$; $df=126$; $p=0,12$).

Nesta amostra a média do CDI em T1 foi de 12,46 ($SD=8,14$) e em T2 foi de 13,42 ($SD=9,38$). Utilizando as normas estabelecidas por Wathier, Dell'Aglio e Bandeira (2008), baseada em percentis e dividida por sexo e faixa etária, mais de 40 (31,5% ou mais) crianças e adolescentes que participaram do presente estudo encontravam-se com escores de sintomas depressivos clinicamente significativos tanto em T1 quanto em T2. Entre os meninos de 7 a 12 anos, 27,5% (11) na primeira aplicação do instrumento e 25% (10) na segunda aplicação estavam acima do percentil 85 (ponto de corte=14, inclusive). Nessa mesma faixa etária, foram encontradas 31,25% (15) das meninas com escores clinicamente significativos (maior ou igual a 16) em T1. Na aplicação posterior (T2), esse percentual elevou-se para 45,83% (22). Na faixa etária de 13 a 16 anos, os meninos com escores iguais ou maiores que o percentil 85 (14 pontos ou mais) estavam em 40% (8) e esse percentual manteve-se idêntico na segunda aplicação do CDI. Nas meninas dessa faixa etária (ponto de corte=18, inclusive), entretanto, o percentual que era de 31,58% (6) baixou para 26,32% (5).

A média dos eventos estressores obtidas através do IEEIA em T1 foi de 26,57 ($SD=8,56$) e em T2 foi de 25,91 (9,33). A diferença no total de eventos ocorridos entre os dois períodos de aplicação do instrumento não foi significativa. Entretanto, considerando as diferentes configurações familiares, percebeu-se que o número de eventos ocorridos diminuiu entre os participantes cujos pais viviam juntos antes da institucionalização.

A Tabela 10 mostra a distribuição dos participantes nas diferentes configurações familiares e seus escores de frequência de eventos e de sintomas depressivos em T1 e em T2. Uma Análise de Variância mostrou diferença significativa ($F(6,126)=3,05$; $p<0,01$) na média de eventos entre as diferentes configurações familiares. Em seguida foi realizada uma análise *post-hoc* (Scheffè), que indicou a diferença entre os grupos de crianças e adolescentes com configuração de pai e mãe juntos ($M=18,46$; $SD=7,83$), que possuem uma média de eventos significativamente menor do que os que viveram aos cuidados de outros familiares devido ao falecimento dos pais antes de vir para o abrigo ($M=30,31$; $SD=12,35$). Comparando-se a ocorrência de cada um dos eventos, evidenciou-se um aumento na frequência de 25 eventos (dos 60 existentes) conforme apresentado na Tabela 11. Pode-se verificar que os eventos que mais aumentaram entre T1 e T2 foram, em ordem decrescente: Ter algum familiar que usa drogas (16 ocorrências), Sofrer castigos e punições (13 ocorrências), Ter problemas com professores (11 ocorrências) e Tirar notas baixas na escola (10 ocorrências).

Tabela 10

Médias e Desvios Padrão do CDI e Frequência de Eventos em T1 e T2 por Configuração Familiar Anterior ao Abrigamento

Configuração familiar	<i>n</i>	CDI T1	CDI T2	Eve. T1	Eve T2
Pai ou mãe	59	12,50 (9,13)	12,22 (9,84)	26,94 (8,33)	26,21 (8,75)
Pai e mãe juntos	13	9,62 (6,79)	13,15 (8,68)	20,54* (6,37)	18,46* (7,83)
Mãe/ pai ou padrasto/madrasta	11	11,55 (8,03)	13,00 (8,60)	29,55 (6,27)	27,55 (9,11)
Familiares, porque os pais são falecidos	13	14,50 (8,39)	16,00 (10,86)	27,15* (7,03)	30,31* (12,35)
Mãe e/ou pai adotivos	6	13,83 (7,41)	15,33 (9,05)	30,33 (12,61)	28,17 (7,60)
Familiares, mas os pais são vivos	10	12,00 (5,64)	14,10 (6,38)	27,38 (10,82)	29,70 (8,99)
No abrigo desde bebê	11	12,18 (6,95)	15,55 (11,36)	22,86 (9,37)	20,82 (25,84)
Dado não coletado (<i>missings</i>)	4	16,33 (4,91)	14,00 (4,04)	33,33 (6,76)	26,67 (5,04)
Total	127	12,42 (8,10)	13,42 (9,38)	26,60 (8,63)	25,91 (9,33)

Nota: * $p < 0,01$

Tabela 11

Eventos que Aumentaram a Frequência de T1 para T2 (N=127)

Evento	T1	T2
Ter problemas com professores	53	64
A família ter problemas com polícia	53	55
Discutir com amigos	95	96
Ter problemas com a aparência	48	49
Alguém da família não conseguir emprego	55	59
Mudar de colégio	98	103
Mudar de casa	86	94
Morte de amigo	36	39
Ter familiares doentes ou deficientes	61	62
Ter familiar que usa drogas	57	73
Sofrer castigos e punições	91	104
Sofrer agressão física ou ameaça de agressão por parte dos pais	48	52
Ser suspenso da escola	21	26
Ser impedido de ver os pais	42	43
Tirar notas baixas	78	88
Usar drogas	21	27
Um dos pais ter que ir morar longe	42	48
Ser estuprado	10	13
Ser rejeitado pelos familiares	25	28
Ser xingado ou ameaçado por professores	36	37
Separação dos pais	75	77
Ser expulso da escola	8	15
Ser expulso sala de aula	36	45
Sentir-se rejeitado por colegas e amigos	29	32
Sofrer acidente	39	40

Para identificar alguns dos fatores explicativos para depressão ao longo do tempo, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, cuja variável dependente foi o escore total do CDI em T2. Foram introduzidas as seguintes variáveis explicativas: CDI em T1, os 25 eventos que aumentaram a ocorrência em T2 (Tabela 11) e tempo de institucionalização em T2. A Tabela 12 apresenta o resultado da análise com as variáveis que entraram na equação de regressão.

Tabela 12

Regressão Linear Múltipla: Variáveis Preditoras do CDI ao Longo do Tempo*

<i>Variável</i>	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Total do CDI em T1	0,78	0,67	11,05	<0,01
Ter problemas com professores (1)	2,74	0,15	2,40	<0,02
Sentir-se rejeitado pelos colegas e amigos (59)	2,93	0,14	2,27	<0,03
Um dos pais ter que morar longe (48)	2,56	0,13	2,22	<0,03
Constante	0,69	-	0,57	0,57

Nota:*As variáveis estão dispostas conforme o valor de Beta, ou seja, a força de contribuição do item para o escore de CDI em T2. Os números entre parênteses indicam o item do IEEIA.

Juntas, as quatro variáveis foram responsáveis por 56,7% da variância no CDI em T2 (R^2). Para a compreensão dos resultados, considera-se o valor e o sinal do coeficiente de regressão padronizado Beta. Como todos são positivos, a relação entre a variável explicativa e a variável critério é direta. Dessa forma, tais coeficientes indicam que o escore obtido na primeira coleta de dados é fundamental para prever o escore do CDI que a criança ou adolescente terá em T2. Ou seja: um nível alto de sintomas depressivos numa primeira medida, adicionado das outras três variáveis, aumenta as chances de que ele será alto em T2. Além dessa variável, ter tido problemas com professores também é um preditor de que o escore do CDI em T2 esteja mais alto do que em T1. O poder explicativo desse aumento em T2 nos sintomas depressivos é reforçado pela ocorrência de sentimento de rejeição dos colegas e amigos, assim como saber que um dos pais teve que ir morar longe (ex. ser preso).

Das 27 variáveis introduzidas na análise, 23 não contribuíram para o modelo explicativo da variação de sintomas depressivos. O sexo, o número de irmãos, o tempo de

institucionalização, ter algum familiar que usa drogas, ou ser impedido de ver os pais não contribuíram diretamente para a equação de regressão.

DISCUSSÃO

Este estudo longitudinal verificou a manifestação de sintomas depressivos e sua relação com a ocorrência de eventos estressantes entre a primeira e segunda coleta e algumas características sociodemográficas. As crianças e adolescentes participantes demonstraram, em conjunto, estabilidade nos sintomas depressivos e no número de eventos estressores ocorridos, no intervalo entre T1 e T2. No entanto, percentual expressivo dos participantes apresentou escores de sintomas depressivos clinicamente significativos já em T1. Também 61 participantes apresentaram aumento no total do CDI em T2, o que evidenciou a importância de se investigar os preditores da depressão, a partir das variáveis apontadas.

Quanto à caracterização dos participantes, em seu conjunto, foi possível evidenciar uma média de tempo de institucionalização alta, em contradição com o estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), que recomenda o abrigo como recurso provisório. Quanto ao elevado número de irmãos, pode-se supor que essa seja uma característica que reflete o perfil de famílias em situação de risco, uma vez que mostra também uma maior possibilidade de competição por necessidades básicas e de afeto parental, além de baixa escolaridade (Marteleto, 2002; Yunes & Szymanski, 2001) e circulação entre diversos cuidadores (Fonseca, 1987, 2002). Estas duas características observadas na amostra (médias altas de tempo de institucionalização e de número de irmãos) podem ser compreendidas como fatores de risco a que estão expostas as crianças e adolescentes participantes.

Com relação à análise de regressão múltipla, a variável com maior poder explicativo neste estudo foi o escore do CDI em T1. A amostra apresentou um elevado percentual de escores de sintomas depressivos clinicamente significativos para cada faixa etária e sexo já em T1. Por exemplo, as meninas com idade entre 7 e 12 anos chegaram a apresentar mais de 45% de escores clinicamente significativos. Os estudos de outros pesquisadores que utilizaram o CDI em amostras não clínicas, com o ponto de corte variando de 15 a 20, apresentaram de seis a 24% dos jovens com escores clinicamente significativos (Almqvist

et al., 1999; Arnarson, Smari, Einarsdottir, & Jonasdottir, 1994; Bahls, 2002; Chan, 1997; DuBois, Felner, Bartels & Silverman, 1995; Frigerio, Pesenti, Molteni, Snider, & Battaglia, 2001). Alguns estudos (Hankin et al., 1998; Lima, 1999; Reppold & Hutz, 2003) apontam que há uma tendência a aumento de escores depressivos ao longo do desenvolvimento, principalmente na adolescência. Assim, discute-se a importância de ação terapêutica imediata junto a crianças e adolescentes com altos escores de sintomas depressivos, tendo em vista que há uma predisposição para que esses escores aumentem longitudinalmente. Essa evidência indica a necessidade de um trabalho não só preventivo, mas de intervenção direta quanto aos sintomas depressivos apresentados.

Os eventos que entraram no modelo de regressão do presente estudo, caracterizando-se também como preditores da depressão, foram relacionados a ter problemas com professores e com pares, além do afastamento de um dos pais. Eventos semelhantes a estes também foram apontados como estressores da infância e adolescência no estudo de revisão realizado por Zavaschi et al. (2002), que apontou uma associação significativa entre trauma por perdas na infância e depressão na vida adulta, em grande parte dos estudos revisados. Poletto (2007) também identificou que escores de depressão, além de afeto negativo, afeto positivo e a frequência de eventos estressores foram preditores para a satisfação de vida. O estudo de Dell'Aglio (2000) encontrou eventos negativos entre crianças e adolescentes institucionalizados envolvendo com maior frequência as categorias “desentendimento com pares” e “privação/afastamento”. Kristensen et al. (2004) encontraram, entre os eventos mais frequentes numa amostra de adolescentes, os eventos “ter prova no colégio (84%)”, “discutir com amigos (79%)” e “morte de algum familiar (que não pais ou irmãos) (73%)”.

O preditor “ter problemas com professores”, apontado no presente estudo, reflete a importância do ambiente escolar, que contribui para a manutenção de um autoconceito positivo ou negativo por parte dos alunos, especialmente na figura do professor (Cubero & Moreno, 1995). As crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam um risco elevado de terem um autoconceito negativo, particularmente quanto à área acadêmica. Para Carson e Bittner (1994), experiências estressantes ligadas ao contexto escolar podem levar a fobias, queixas somáticas e episódios depressivos. Dell'Aglio e Hutz (2004) encontraram mais sintomas depressivos e pior desempenho escolar em meninas institucionalizadas. Em um estudo longitudinal, Johnson et al. (2002) verificaram, entre outros eventos negativos, problemas financeiros, escolares ou de trabalho como sendo preditores de tentativa de suicídio em adolescentes e adultos jovens de New York. Assim, pode-se inferir que em

crianças e adolescentes em situação de risco, como os participantes deste estudo, ter problemas com professores está relacionado com o risco de ter sintomas depressivos.

A importância do relacionamento social com pares também foi evidenciada na presente pesquisa. O evento “sentir-se rejeitado por colegas e amigos” foi significativo na equação, indicando que é um preditor de sintomas depressivos. A importância do grupo durante o desenvolvimento de crianças e principalmente de adolescentes é consensual entre pesquisadores do desenvolvimento. Para as crianças, a convivência social com pares é uma experimentação de como ser aceito, do cumprimento de regras e, conseqüentemente, do desenvolvimento de segurança e auto-estima (Cubero & Moreno, 1995). Para os adolescentes, a função do grupo é ainda de acolher os conflitos gerados pela transição entre dependência/independência dos adultos (Steinberg, 1999).

A rejeição de um grupo ou de colegas pode, também, se constituir num tipo de *bullying*, que envolve atos, palavras ou comportamentos prejudiciais, intencionais e repetidos (Middelton-Moz & Zawadski, 2002/2007) que são cada vez mais comuns em escolas, entre outros ambientes. Um levantamento realizado pela ABRAPIA envolvendo 5875 estudantes de 5ª a 8ª séries, de onze escolas localizadas no município de Rio de Janeiro, revelou que 40,5% desses alunos admitiram ter estado diretamente envolvidos em atos de *bullying* naquele ano. Desses, 16,9% foram vítimas ou alvos de tais atos (Neto & Saavedra, 2003).

Os alvos de *bullying* são pessoas ou grupos que são prejudicados ou que sofrem as conseqüências de comportamentos agressivos e intencionais, como palavras ofensivas, humilhação, difusão de boatos e agressão física, entre outros. A criança ou adolescente institucionalizado geralmente necessita conviver com o estigma relacionado a esta condição podendo ser vítima de *bullying*. Gulassa (2006) destaca que os abrigos refletem a cultura e os preconceitos da cidade onde estão situados. Segundo essa autora, nas cidades menores não há tanto problema com a impessoalidade, mas o rótulo de “crianças do abrigo” é também dado com mais facilidade. Esse olhar da sociedade sobre o jovem do contexto institucional torna difícil a tarefa de sair do lugar de abandonado e vitimizado. Também Arpini (2003) e Siqueira e Dell’Aglia (2006) discutem que, ainda que alguns jovens tenham uma imagem positiva do abrigo em suas vidas, sofrem pelo forte estigma social remanescente desta vivência.

Segundo as autoras Middelton-Moz e Zawadski (2002/2007), quem sofre agressões de *bullying* costuma não ter esperança quanto às possibilidades de se adequar ao grupo.

Ressaltam, ainda, que muitas vítimas passam a ter baixo desempenho escolar, resistem ou recusam-se a ir para a escola, ou abandonam os estudos. Essas características estão diretamente relacionadas aos sintomas depressivos, como confirmam os resultados de Klomek et al. (2007). Segundo esses autores, jovens com exposição freqüente ao *bullying*, tanto como vítima quanto como agressor (*bully*), tiveram alto risco de depressão, ideação suicida e tentativa de suicídio, em relação a jovens que não estiveram envolvidos em comportamento de *bullying*. Dados semelhantes também foram encontrados por Espelage e Holt (2001), sendo que 20% das vítimas de *bullying* de sua amostra tinham escores indicativos de patologia em medidas de depressão e ansiedade. No presente estudo, “sentir-se rejeitado por colegas e amigos” foi um dos eventos que aumentou sua freqüência ao longo do tempo. Esse evento ocorreu com 25,4% dos participantes em T2, segundo sua resposta ao IEEIA, o que destaca a importância deste assunto.

Entre os fatores ambientais relacionados ao estresse e à depressão em adolescentes, Steinberg (1999) afirma que estão os conflitos e a baixa coesão familiar, além de fraco relacionamento com pares e separação dos pais. Eventos como abuso ou violência na infância, dificuldades de comunicação com os pais, mudanças freqüentes em suas condições de vida, e das pessoas responsáveis por seus cuidados são algumas das evidências apontadas por Prieto e Tavares (2005) como características comuns entre pessoas que cometeram suicídio. No presente estudo foi identificada uma relação entre a configuração familiar dos participantes e a ocorrência de eventos estressores. A média de eventos estressores ocorridos nesta amostra ($M=25,91$ em T2) é superior ao estudo de Kristensen et al. (2004), que encontraram uma freqüência média de 17,03 eventos em jovens que moravam com sua família. Além disso, ter a presença de ambos os pais na família esteve relacionado com menor ocorrência de eventos estressores. Em contrapartida, ficar aos cuidados de outros familiares aumentou a ocorrência de eventos estressores (Tabela 10). Um artigo de revisão sobre preditores de depressão em adolescentes destacou vários estudos abordando a configuração familiar disfuncional. A insatisfação do indivíduo com o suporte familiar e social recebido pode influenciar os sintomas depressivos em adolescentes (Baptista, Baptista, & Dias, 2001).

O último evento preditor do modelo explicativo do estudo foi “um dos pais ter que morar longe”, que pode estar refletindo o perfil das crianças e adolescentes participantes deste estudo, cuja configuração familiar é predominantemente monoparental. Além disso, somente pouco mais da metade dos jovens conheceu sua mãe e bem menos que isso

conheceu seu pai, indicando uma configuração familiar que pode estar oferecendo menos recursos de apoio parental e familiar. A configuração monoparental vem sendo descrita intensamente na literatura especializada como fator de risco ao desenvolvimento (De Antoni & Koller, 2000). Contudo, é necessário utilizar o conceito de composição familiar com cautela. Yunes e Szymanski (2001) e Yunes (2003), afirmam que é mais importante verificar o funcionamento da família e as relações ali existentes do que como essas são compostas, embora tais características estejam muitas vezes interligadas. Um exemplo disso está no estudo de Cárdua e Schiffer (2002), que encontraram poucas famílias monoparentais num levantamento sobre a violência em alguns bairros de São Paulo. Segundo as autoras, comumente, a monoparentalidade é uma das características que aumentam a vulnerabilidade de jovens à violência. Em sua amostra, no entanto, não encontraram relacionamento entre a monoparentalidade e a violência. Assim, embora o evento “um dos pais ter que morar longe”, do modelo preditivo desse estudo, possa ser um indicador da ocorrência de composição familiar monoparental, seria importante poder verificar o funcionamento da família do participante. Indiretamente, a forma como os componentes da rede familiar relacionam-se entre si pode estar favorecendo o surgimento de sintomas depressivos entre essas crianças e adolescentes.

A importância da família é descrita como principal rede de apoio durante a infância e adolescência (Steinberg, 1999). Destaca-se, especialmente em relação aos participantes deste estudo, o fato de que a colocação da criança ou adolescente em uma instituição de abrigo envolve diretamente a quebra de vínculos e o afastamento da família. Soma-se a isso a constatação de que poucos mantêm a visitação à família (ou são visitados por esta) durante o período de institucionalização. Assim, ao serem afastados compulsoriamente dos pais, as crianças e adolescentes no abrigo vêm ameaçadas sua identidade e referências de filiação, pertencimento familiar e comunitário, conforme Guará (2006). Esta autora chamou de “salto para o desconhecido” o afastamento da família, mesmo que esse tenha sido um ambiente ameaçador. Sendo assim, o rompimento ou enfraquecimento de laços de parentesco é um momento bastante estressante, e que pode contribuir para a manifestação de sintomas depressivos.

Apesar das importantes mudanças nas configurações familiares na sociedade de forma geral, Wagner, Ribeiro, Arteché e Bornholdt (1999) publicaram que o tipo de configuração familiar não se encontrou associado ao bem-estar dos filhos adolescentes de classe média e média-alta. Para as autoras, é na qualidade do relacionamento entre os

membros da família que recai a maior ou menor possibilidade de bem-estar do adolescente. Sendo assim, mantêm-se inalterável a função da família de prover o apoio, a proteção e a responsabilidade aos seus filhos. Se a família consegue exercer tal função, conseguirá proteger crianças e adolescentes de eventos de vida estressantes ou ao menos oferecer apoio durante a superação destes (Cowan et al., 1996; Winnicott, 1987). Na visão cognitivista, autores como Beck (1997) e Knapp (2002) também salientam que a família é um dos contextos que podem atuar como reforçadores de crenças centrais sejam essas disfuncionais ou não.

Assim, quanto mais as crianças e adolescentes vivenciarem problemas na escola ou na família, é muito provável que tais acontecimentos se reproduzam ciclicamente, aumentando as chances de que apresentem mais sintomas depressivos. Os dados deste estudo apontam principalmente para riscos presentes nos diferentes contextos de inserção das crianças e adolescentes (família, pares e escola) e que podem repercutir no ambiente da instituição onde estão abrigados. Desta forma, o olhar contextualizado para o fenômeno torna-se importante, pois não se pode relacionar a manifestação dos sintomas depressivos apenas ao fato dos participantes estarem institucionalizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os escores de sintomas depressivos na amostra estudada foram bastante elevados, indicando que, provavelmente, as rupturas familiares e os eventos estressores vivenciados pelas crianças e adolescentes institucionalizados, participantes deste estudo, estão relacionados a repercussões prejudiciais no desenvolvimento. O perfil observado na amostra reflete questões sociais, políticas e econômicas que afetam a constituição e manutenção das famílias, que nem sempre conseguem exercer sua função protetiva. Nestas situações, o abrigo surge com uma função de proteção que deveria ser temporária. No entanto, observa-se que o tempo de institucionalização é longo e que, apesar do constante empenho dos profissionais da instituição em providenciar atendimento psicológico e psiquiátrico, pode-se constatar repercussões negativas, como os sintomas depressivos, entre os participantes institucionalizados.

Além disso, foram observadas médias altas na ocorrência de eventos estressores na amostra, apontando a situação de risco pessoal e social vivenciada por estes jovens. Alguns

destes eventos mostraram-se relacionados à depressão, sobretudo eventos relacionados ao contexto escolar, social e familiar. Estes resultados apontam a urgência de trabalhos de intervenção nas escolas e famílias, que possam contribuir para que estes espaços se constituam em redes de apoio social e afetivo. Em jovens de famílias que eram compostas de pai e mãe juntos antes de irem para o abrigo, por exemplo, a frequência de eventos estressores foi bastante reduzida, confirmando a importância destes para a proteção e desenvolvimento dos filhos.

Quanto aos eventos que aparecem como preditores do escore de sintomas depressivos em T2, poderiam ser amenizados ou evitados com um trabalho preventivo junto à comunidade. Esses eventos podem resultar, indiretamente, de um ciclo de vitimização em que os pais ou outros cuidadores repassam, de forma muitas vezes involuntária, o que aprenderam aos seus filhos, e reproduzem práticas parentais ineficazes e problemáticas (Ceconello, De Antoni, & Koller, 2003). As relações familiares disfuncionais também podem estar relacionadas à violência, o que muitas vezes expõe as crianças e adolescentes a acidentes, doenças, discriminação e necessidade de institucionalização.

A identificação da depressão precoce através de instrumentos como o CDI é possível e deve ser feita. Ainda que esse instrumento não tenha o objetivo de diagnosticar transtornos relacionados à depressão, aponta quais os indivíduos necessitam de uma avaliação clínica. Com o *screening*, pode-se evitar o agravamento do quadro, especialmente em populações que vivem em situações de risco, como em instituições, e melhorar, o mais rapidamente possível, o bem-estar psicológico do jovem em questão. Autores como Kaplan et al. (1997) destacam, por exemplo, que o tratamento precoce de crianças com Transtorno Depressivo Maior pode evitar o desenvolvimento posterior de Transtorno Bipolar ou Desafiador Opositivo, entre outros. Emslie et al. (2004) também apontam que a detecção precoce e prevenção dos sintomas podem evitar danos neuronais e psicossociais, além de patologias mais graves ao longo da vida.

Dessa forma, sugere-se que sejam criadas ações interventivas junto à comunidade e às instituições com base no modelo proposto a partir dos resultados desse estudo. São necessárias intervenções junto às famílias no sentido de prevenir situações estressoras ao longo do desenvolvimento, que podem, inclusive, ser motivo de abrigamento de crianças e adolescentes, assim como fortalecer o vínculo entre pais e filhos, de forma que estes possam cumprir o papel de proteção e cuidado. Além disso, também é importante a constante capacitação e atualização dos profissionais que atendem crianças e adolescentes

em instituições de abrigo. Assim, monitores, educadores e outros funcionários também poderão oferecer a esses jovens um ambiente positivo para o desenvolvimento, evitando conflitos entre pares, e evitando o agravamento de manifestações depressivas.

Uma alternativa para promover os laços afetivos entre os jovens e suas famílias é estimular a visitação destas aos abrigos e vice-versa, procurando manter o contato familiar. No presente estudo, ainda que 61,9% dos participantes tenha afirmado que mantinha algum tipo de contato (não necessariamente em forma de visitação) com pelo menos um membro da família, não se sabe a qualidade desse contato. Num levantamento realizado em 2007 em abrigos de Porto Alegre, mantidos pelo governo estadual (Ministério Público, 2007), apenas 17,78% das famílias visitavam seus jovens institucionalizados e 16,70% dos abrigados visitam suas famílias. Promovendo um contato familiar de qualidade, pode-se favorecer uma maior estabilidade do vínculo afetivo com os familiares na vida das crianças e adolescentes, ainda que este vínculo tenha sido precário até então. Esse processo pode ser mais efetivo se acompanhado por trabalhadores de abrigo, bem como outras pessoas e instituições da comunidade que estimulem a qualidade da relação criança-familiar (Maricondi, 2006).

Sugere-se, ainda, quanto às relações do jovem estabelecidas no contexto escolar, que sejam investigadas em estudos futuros as variáveis que envolvem o fenômeno de *bullying*. O contexto escolar pode ser outra possibilidade para desenvolver trabalhos de fortalecimento dos vínculos da criança e do adolescente com familiares, com pares e assim ampliar a rede de apoio desse jovem. Além disso, novos estudos longitudinais com tempo maior de acompanhamento e com amostras clínicas de crianças e adolescentes diagnosticados com depressão também se fazem necessários. Isso poderá ajudar no mapeamento de outros fatores preditores, diferenciando a gravidade dos quadros e a trajetória da manifestação de sintomas de acordo com a história vivencial da criança e do adolescente.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os resultados já discutidos nos capítulos anteriores, pretende-se salientar os pontos de convergência nos resultados de cada um dos estudos, levando-se em consideração os objetivos específicos iniciais do estudo. Primeiramente, objetivava-se verificar diferenças na manifestação de sintomas depressivos e na ocorrência de eventos estressores no grupo dos participantes que moravam com sua família e no daqueles que moravam em instituição protetiva. Também foi objetivo verificar associações entre a ocorrência de eventos estressores e a manifestação de sintomas depressivos, bem como a estabilidade destes em ambos os contextos dos participantes. Além disso, procurava-se encontrar variáveis preditoras da depressão.

Na primeira investigação, de caráter transversal, foi possível constatar que houve diferença na manifestação de sintomas depressivos somente comparando-se o contexto de desenvolvimento das crianças e adolescentes da amostra. De maneira geral, as meninas institucionalizadas tiveram escores mais altos no instrumento CDI do que as meninas que moravam com sua família. As meninas do abrigo também tiveram escores mais altos do que as não-abrigadas no estudo de Dell’Aglío, Borges e Santos (2004). Da mesma forma, o número de eventos estressantes ocorridos foi maior nos jovens institucionalizados. A percepção de impacto desses eventos, no entanto, foi mais baixa para a amostra dos abrigos do que para os que moravam com sua família. Embora os jovens abrigados tenham tido mais vivências adversas do que os não abrigados, eles possuem uma percepção de menor intensidade do estresse causado pelo evento, o que pode ser uma característica adaptativa. Esse fenômeno também poderia ser entendido como uma dessensibilização da percepção de impacto dos eventos pela aprendizagem do desamparo, conforme já investigaram Abramson et al. (1978).

Para facilitar comparações sobre os escores de CDI obtidos, foi realizada, no segundo estudo, uma análise fatorial com a amostra de jovens do estudo anterior, adicionada de outros bancos de dados de pesquisadoras da UFRGS. Essa análise permitiu novamente a constatação de diferenças significativas entre os contextos (abrigados com maiores escores de sintomas depressivos). Assim, para fins normativos, retirou-se os participantes que moravam na instituição para estabelecer normas por faixa etária e sexo, que pudessem servir de parâmetro a estudos futuros sobre essa temática com o CDI.

No estudo transversal inicial, em que se considerou um desvio-padrão e meio acima da média de escores depressivos foi encontrado 9,72% de incidência de provável diagnóstico de depressão na amostra total e 14,61% considerando apenas o grupo institucionalizado (ver página 22). Com base na norma de escores do CDI por percentis, diferenciando grupos de diferentes sexos e faixas etárias, foi possível ter uma melhor noção de quantos dos jovens institucionalizados tinham escores preocupantes de depressão: no mínimo 31,5% dos jovens encontravam-se com escores de sintomas depressivos clinicamente significativos, tanto em T1 quanto em T2. Destaca-se, por exemplo, o percentual de meninas com 7 a 12 anos com escores iguais ou superiores ao percentil 85, cujo valor aumentou de 31,25% (15) em T1 para 45,83% (22) em T2 (ver página 54). Ainda assim, os resultados apresentados no quarto capítulo mostram que os sintomas depressivos mantiveram-se estáveis ao longo do tempo.

Com relação às variáveis que explicam os escores obtidos na segunda aplicação dos instrumentos, além do escore inicial no CDI, relacionam-se diretamente com os escores em T2, os eventos que envolvem problemas com professores e com pares, além de afastamento de um dos pais. Tais preditores provavelmente possuam raízes nas relações familiares instáveis, nas doenças frequentes e no desemprego. Esses facilitam a circulação de crianças entre diferentes cuidadores e a conseqüente institucionalização em abrigos de proteção, como apontaram Teodoro, Käßpler, Rodrigues, Freitas e Haase (2005).

Eventos de vida estressantes, por serem experiências que alteram o ambiente e que provocam alto padrão de tensão, interferem na resposta da criança e do adolescente (Compas, 1987; Masten & Garmezy, 1985) e por isso são considerados fatores de risco ao desenvolvimento. Os eventos que mais aumentaram entre T1 e T2, como Ter algum familiar que usa drogas, Sofrer castigos e punições, Ter problemas com professores e Tirar notas baixas na escola, parecem estar repercutindo numa pior qualidade de vida dos jovens da instituição. Somados a fatores psicossociais como baixa escolaridade dos pais, morar num ambiente violento ou estar institucionalizado, esses eventos podem interferir negativamente no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Para aqueles que já são mais vulneráveis há risco de que se desenvolvam com baixa auto-estima, desesperança ou estratégias inadequadas de enfrentamento de dificuldades. Tais características podem

facilitar, por exemplo, que os jovens se tornem alvos de *bullying* ou o pratiquem. Para Klomeck et al. (2007), o envolvimento com *bullying* está relacionado com altos risco de depressão, ideação suicida e tentativa de suicídio.

Outro problema, relacionado a fatores psicossociais estressantes é o desenvolvimento prejudicado de comportamentos sociais assertivos, como afirmam Teodoro et al. (2005). Tais comportamentos pioram o relacionamento entre pares e com os adultos, o que teoricamente pode ter contribuído para a entrada dos eventos “ter problemas com professores” e “sentir-se rejeitado por colegas e amigos” na análise de regressão do terceiro estudo.

Pesquisas relacionadas à recuperação de crianças que sofreram violência apontaram fatores facilitadores para que elas se transpusessem à experiência adversa. Esses fatores incluíam o estabelecimento de carinho e vínculos seguros entre a criança e um parente adulto, níveis elevados de cuidados parentais durante a infância e relações de apoio com pares não envolvidos em comportamentos criminosos ou abuso de substâncias (Pinheiro, 2006). Para Steinberg (1999), ter relacionamentos familiares afetuosos é o mais importante fator de proteção para que adolescentes consigam enfrentar as situações estressantes. Tais fatores de proteção podem ser desenvolvidos e estimulados em quaisquer contextos, como nas instituições de abrigo. Em Arpini (2003), Dalbem (2005), Siqueira (2006) e Silva (1997) pode-se encontrar exemplos de situações em que o abrigo cumpriu a função protetiva e serviu de referência para que o jovem se sentisse seguro e com força para continuar seu desenvolvimento. Através destes estudos, pode-se observar que, embora expostos a situações de vulnerabilidade, as crianças e adolescentes institucionalizados podem vir a apresentar processos de resiliência, através da constituição de uma rede de apoio efetiva, de possibilidades de atividades construtivas e de vínculos afetivos positivos no ambiente da instituição, que atuam na promoção de saúde.

Ainda assim, há muito trabalho a ser realizado para que se consiga evitar a ocorrência de eventos estressores, fortalecer as instituições e, principalmente, as famílias para que sejam capazes de ser uma rede de apoio efetiva aos seus jovens. Diminuindo os fatores de risco para o agravamento de sintomas depressivos, evita-se um leque de eventos negativos interligados, como a piora do desempenho escolar ou a evasão, o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos mais graves e problemas familiares. Nesse sentido, torna-se essencial o preparo dos profissionais que trabalham com famílias em situação de vulnerabilidade. Os resultados deste estudo poderão também servir de

subsídios para elaborar capacitações de professores, monitores, e demais profissionais que trabalham com populações de risco, para que estejam alertas para os sinais e sintomas depressivos. O preparo adequado dos adultos que convivem com crianças e adolescentes com sintomas depressivos poderá facilitar uma abordagem empática o suficiente para que se façam encaminhamentos aos profissionais da saúde mental. O modelo explicativo encontrado na presente pesquisa também pode ser útil na capacitação de trabalhadores de instituições de proteção. As variáveis que influenciaram na variação dos escores de sintomas depressivos identificados em avaliação posterior (T2) devem receber o foco principal de atenção. Assim, deve-se procurar evitar, principalmente, que o jovem tenha seus sintomas depressivos agravados, assim como que ocorram problemas com professores e com pares, além do afastamento de um dos pais.

Visando a dar continuidade aos estudos sobre sintomas depressivos, é sugerido que esse modelo seja testado com amostras clínicas, com o diagnóstico, por exemplo, de Transtorno Depressivo Maior ou Distímia, conforme classificado no DSM-IV-TR (APA, 2000/2002). Isso não pôde ser investigado neste estudo, uma vez que o CDI permite apenas um levantamento da manifestação de sintomas depressivos. Dessa forma, para a avaliação diagnóstica da depressão seria necessário também realizar uma entrevista clínica.

Seria importante, ainda, realizar estudos futuros comparando os preditores de depressão em diferentes contextos além do da instituição, possibilitando um modelo explicativo mais completo. Além de diferentes contextos, é também importante observar os efeitos do tempo sobre a manifestação de quadros depressivos, considerando-se que os estudos longitudinais são os mais apropriados para o estudo do desenvolvimento de psicopatologias (Masten, 2006). Assim, torna-se importante o acompanhamento de crianças e adolescentes por um tempo maior do que o realizado neste estudo.

Além disso, poderiam ser retomados, por exemplo, os estudos sobre otimismo e desamparo aprendido, desenvolvidos por Seligman (Abramson et al., 1978). Esses fenômenos, assim como bem-estar subjetivo, características da personalidade e processos de resiliência podem vir a ser alguns dos aspectos-chave para um entendimento mais amplo da depressão. Esses construtos também poderiam ser utilizados para a compreensão do “bem-sair” (Guará, 2006) de jovens que estiveram institucionalizados em algum período de seu desenvolvimento e que apresentaram um desenvolvimento positivo, superando as adversidades e preparando-se adequadamente para exercer suas funções na vida adulta.

REFERÊNCIAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abreu, S. R. de. (2001). *Transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes criados em instituições*. Unpublished doctoral dissertation, Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo: SP.
- Almqvist, F., Kumpulainen, K., Ikaeheimo, K., Linna, S-L., Henttonen, I., Huikko, E., Tuompo-Johanson, E., Aronen, E., Puura, L., Piha, J., Tamminen, T., Rasanen, E., & Moilanen, I. (1999). Behavioural and emotional symptoms in 8-9-yr-old children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(Suppl. 4), 7-16.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed., revisada). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2000/2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., texto revisado). Washington, DC: APA.
- Arnarson, E. O., Smari, J., Einarsdottir, H., & Jonasdottir, E. (1994). The prevalence of depressive symptoms in pre-adolescent school children in Iceland. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 23, 121-130.
- Aronen, E. T., & Soininen, M. (2000). Childhood depressive symptoms predict psychiatric problems in young adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 465-470
- Arpini, D. M. (2003). *Violência e exclusão: Adolescência em grupos populares*. SP: EDUSC.
- Artes, R (1998). Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica, Edição Especial*, 25(5), 223-228.
- Assumpção Júnior, F. B. (2002). *Semiologia em psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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.

- Bailey, M. K., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. M., & Hemstrom-Krainess, M. (2007). Patterns of depressive symptoms in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(2), 86-95.
- Bandura, A., & Simon, K. M. (1977). The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 1(3), 177-193.
- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5). Retrieved in July 14, 2006, from World Wide Web: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista27\(5\)/artigos/art253.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista27(5)/artigos/art253.htm)
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. de Andrade, & Di Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: Um estudo de prevalência com o CDI. *Infante, Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 4(3), 36-40.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., Iyengar, S., & Ulloa, R. E. (2007). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 29-36.
- Brasil (1990). *Estatuto da criança e do adolescente*. Diário Oficial da União. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF.
- Cardia, N., & Schiffer, S. (2002). Violência e desigualdade social. *Ciência e Cultura*, 54(1), 25-31.
- Carson, D. K., & Bittner, M. T. (1994). Temperament and school-aged children's coping abilities and responses to stress. *The Journal of Genetic Psychology*, 155, 289-302.
- Carter, A. S., Grigorenko, E. L., & Pauls, D. L. (1995). A Russian adaptation of the child behavior checklist: Psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(6), 661-684.
- Carvalho, A. M. (2002). Crianças institucionalizadas e desenvolvimento: Possibilidades e desafios. In E. R. Lordelo, A. M. A. Carvalho, & S. H. Koller (Eds.), *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo: Salvador, BA: Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Cecconello, A. M., De Antoni, C., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos

- parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8(número especial), 45-54.
- Chan, D. W. (1997). Depressive symptoms and perceived competence among Chinese secondary school students in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 303-319.
- Cole, D. A., Tram, J. M., Martin, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F. M., & Maschman, T. L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: A longitudinal investigation of parent and child reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 156-165.
- Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.
- Conner, C. K. (1997). *Manual for the Conner's Rating Scale-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems Inc.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução para pesquisas com seres humanos*. Resolução 016/2000. Brasília.
- Conselho Nacional de Saúde (1997). *Resolução para pesquisas envolvendo seres humanos*. Resolução 196/1996. Brasília.
- Cowan, P. A., Cowan, P. C., & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In E. M. Hetherington, & E. A. Bleachman (Eds.), *Stress, coping and resiliency in children and families* (pp. 1-38). Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cubero, R., & Moreno, M. C. (1995). Relações sociais nos anos escolares: Família, escola, companheiros. In C. Coll, J. Palacios & A. Marchesi (Eds), *Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia evolutiva* (pp. 250-260). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- D'Ávila, V. S., Segabinazi, J. D., Santos, B. R. dos, Wathier, J. L., Höher, S. P., & Giacomoni, C. H. (2005). Estratégias de coping de adolescentes de escolas públicas no interior do Rio Grande do Sul [abstracts]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Ed.) *Resumos de comunicações científicas, V Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento* (s/p). São Paulo, Brasil: SBPD.
- Dalbem, J. (2005). *Características da representação do apego em adolescentes*

- institucionalizadas e processos de resiliência na construção de novas relações afetivas*. Unpublished master's thesis. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- De Antoni, C. & Koller, S. H. (2000). Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. *Psico*, 31(1), 39-66.
- Del Barrio, V., Olmedo, M. L., & Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, 3, 263-272.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. Volume Especial Depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Dell'Aglio, D. D. & Hutz, C. D. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 351-357.
- Dell'Aglio, D. D. (2000). *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. Unpublished doctoral dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, S. H. (2000). Eventos de vida de crianças e adolescentes institucionalizados. *Aletheia*, 12, 7-20.
- Dell'Aglio, D. D., Borges, J. L., & Santos, S. S. dos. (2004). Eventos estressores e depressão em adolescentes do sexo feminino. *Psico*, 35(1), 43-50.
- Drucker, P. M., & Greco-Vigorito, C. (2002). An exploratory factor analysis of Children's Depression Inventory scores in young children of substance abusers. *Psychological Reports*, 91, 131-141.
- DuBois, D. L., Felner, R. D., Bartels, C. L., & Silverman, M. M. (1995). Stability of self-reported depressive symptoms in a community sample of children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 386-396.
- Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., & Gullion, C. M. (1997). Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 785-792.
- Emslie, G. J., Heiligenstein, J. H., Hoog, S. L., Wagner, K. D., Findling, R. L., McCracken, J. T., Nilsson, M. E., Jacobson, J. G. (2004). Fluoxetine Treatment for Prevention of Relapse of Depression in Children and Adolescents: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43(11), 1397-1405.

- Espelage, D. L., & Holt, M. K. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse*, 2(2-3), 123-142.
- Feijó, R. B., Raupp, A. P. G., & John, A. B. (1999). Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(4), 151-157.
- Fitzpatrick, K. M. (1993). Exposure to violence and presence of depression among low-income African-American youth. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 61(3), 528-531.
- Fonseca, C. (1987). O internato do pobre: Febem e a organização doméstica em um grupo porto-alegrense de baixa renda. *Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde*, 4(1), 21-39.
- Fonseca, C. (2002). Mãe é uma só? Reflexões em torno de alguns casos brasileiros. *Psicologia USP*, 13(2), 49-68.
- Frigerio, A., Pesenti, S., Molteni, M., Snider, J., & Battaglia, M. (2001). Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *European Psychiatry*, 16, 33-37.
- Garcia, N. M., & Yunes, M. A. M. (2006). Resiliência familiar: Baixa renda e monoparentalidade. In D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller, & M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp.117-140). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Giacomoni, C. H., Höher, S. P., Wathier, J. L., Santos, B. R. dos, D'Ávila, V. S., & Segabinazi, J. D. (2005). Avaliação quantitativa de bem-estar subjetivo em adolescentes [abstracts]. In Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (Ed.) *Resumo de pôsteres, II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica* (s/p). Gramado, Brasil: IBAP.
- Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L., & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2), 66-70.
- Gouveia, V., Barbosa, G., Almeida, H., & Gaião, A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Guará, I. M. F. R. (2006). Abrigo: Comunidade de acolhida e socioeducação. In M. V. Baptista (Ed.), *Abrigo: Comunidade de acolhida e socioeducação* (pp. 63-72). São

- Paulo: Instituto Camargo Corrêa.
- Gulassa, M. L. C. R. (2006). A fala dos abrigos. In M. V. Baptista (Ed.), *Abrigo: Comunidade de acolhida e socieducação* (pp. 53-59). São Paulo: Instituto Camargo Corrêa.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados* (A. S. Sant'Anna & A. C. Neto, trad.). Porto Alegre: Bookman. (Original published in 1998).
- Hamilton, J., & Bridge, J. (2006). Supportive psychotherapy, SSRIs, and MDD. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(1), 6-7.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 741-749.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Greeb, J. A. (1997). Transtornos do humor e suicídio. (D. Batista, Trad). In H. I. Kaplan, B. J. Sadock, & J. A. Greeb (Eds.), *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª ed., pp.1039-1045). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kessler, R., Avenevoli, S., & Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002-14.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system and depressive symptoms among maltreated and non-maltreated children. *Child Development*, 77, 624-639.
- Klomek, A. B., Marroco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). Bullying, Depression, and Suicidality in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 40-49.
- Knapp, P. (2002). *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc.
- Kovacs, M., Obrosky, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1997). First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: Clinical and sociodemographic factors in recovery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 777-784.
- Kristensen, C. H., Dell'Aglio, D. D., Leon, J. S., & D'Incao, D. B. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação*, 8(1), 45-55.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. Volume especial Depressão, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. 5ª ed., Porto Alegre: ArtMed.
- Maricondi, M. A. (2006). Fortalecer as famílias. In M. V. Baptista (Ed.), *Abrigo: Comunidade de acolhida e socieducação* (pp. 101-102). São Paulo: Instituto Camargo Corrêa.
- Marteletto, L. J. (2002). O papel do tamanho da família na escolaridade dos jovens. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19(2), s/p.
- Masten, A. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 47-54.
- Masten, A. S. & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology: Vol. 8*. (pp.1-52). Nova York: Plenum Press.
- McClosky, L. A., Figueredo, A. J., & Koss, M. P. (1995). The effect of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 66, 239-1261.
- Merikangas, K. R., & Angst, J. (1995). The challenge of depressive disorders in adolescence. In M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people* (pp. 3-6).

- Londres: Cambridge University Press.
- Middelton-Moz, J., & Zawadski, M. L. (2007). *Bullying: Estratégias de sobrevivência para crianças e adultos* (R. C. Costa, Trans.). Porto Alegre: Artmed. (Original published in 2002)
- Ministério Público, Rio Grande do Sul. (2007). *Rede de abrigos de Porto Alegre: Um olhar sobre a realidade*. Porto Alegre: Procuradoria-Geral de Justiça.
- Neto, A. L., & Saavedra, L. H. (2003). *Diga não para o bullying: Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes*. Rio de Janeiro: ABRAPIA.
- Pardo, M. (2002). Análisis factorial. In M. Pardo (Ed.), *Guía para el análisis de datos* (pp. 405-445). Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España.
- Pinheiro, P. S. (2006). Estudo das Nações Unidas sobre a violência contra crianças. *Assembléia Geral das Nações Unidas*, 23 de agosto de 2006. Retrieved in November 12, 2006, from http://www.unicef.org/brazil/Estudo_PSP_Portugues.pdf
- Poletto, M. (2007). *Contextos ecológicos de promoção de resiliência para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade*. Unpublished master's thesis. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Porto Alegre, Prefeitura Municipal de Porto Alegre. (2007). *Mapas e indicadores das vulnerabilidades sociais. Gerência de informações socioeconômicas, observatório da cidade de Porto Alegre*. Retrieved in July, 2007, from <http://Iproweb.procompa.com.br/pmpa/prefpoa/observatório>.
- Poznanski, E. O., & Mokros, H. B. (1995). *Children's Depression Rating Scale–Revised (CDRS-R)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Reppold, C. T. (2001). *Estilo parental percebido e adaptação psicológica de adolescentes adotados*. Unpublished master's thesis. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Reppold, C. T. (2005). *Construção, validação e normatização de uma bateria de cinco escalas para avaliação de ajustamento psicológico em adolescentes*. Unpublished doctoral dissertation. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 175-184.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Sherrill, J. R., & Kovacs, M. (2000). Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 67-75.
- Silva, E. R. A. (2004). *O direito à convivência familiar e comunitária: Os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília: IPEA/ CONANDA.
- Silva, R. da. (1997). *Os filhos do governo*. São Paulo: Ática.
- Siqueira, A. C. & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: Uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18, 71-80.
- Siqueira, A. C. (2006). *Instituições de abrigo, família e redes de apoio social e afetivo em transições ecológicas na adolescência*. Unpublished master's thesis. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Siqueira, A. C., Betts, M. K., & Dell'Aglio, D. D. (2006). A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40(2),149-58.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman, E., & Abbot, C. B. (2006). Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, 30, 283-306.
- Teodoro, M. L. M., Käppler, C. K., Rodrigues, J. L. de, Freitas, P. M. de, & Haase, V. G. (2005). The Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY) an adaptation for Brazilian children and adolescents. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 239-246.

- Thurber, S., Snow, M., & Honts, C. R. (2002). The Zung Self-Rating Depression Scale: Convergent validity and diagnostic discrimination. *Assessment*, 9(4), 401-405.
- Timbremont, B., Braet, C., & Dreesen, L. (2004). Assessing depression in youth: Relation between the Children's Depression Inventory and a structure interview. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 33, 149-157.
- Tróccoli, B.T. (1996). Modelagem por equação estrutural: Sua importância para a Psicologia da Saúde [Resumos]. In Associação Brasileira de Psicologia Social (Eds.), *Anais do VI Encontro Regional Sul da ABRAPSO* (p. 65). Universidade Federal de Santa Catarina: ABRAPSO.
- Wagner, A., Ribeiro, L. de S., Arteché, A. X., & Bornholdt, E. A. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 147-156.
- 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.
- Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). *Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros*. Manuscript submitted for publication.
- Wathier, J. L., Wilhelm, F., Giacomoni, C. H. (2006). Estratégias de *coping* frente à morte e doença do cônjuge na terceira idade [abstracts]. In Fórum de Entidades Nacionais de Psicologia Brasileira (Ed.) *Resumos de comunicações científicas, II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão* (s/p). São Paulo, Brasil: FENPB.
- Wilhelm, F., Giacomoni, C. H., Wathier, J. L. (2006). Afeto positivo e satisfação de vida em idosos socialmente ativos [abstracts]. In Universidade Federal de Santa Maria (Ed) *Resumo de comunicações científicas, 21ª Jornada Acadêmica Integrada* (s/p). Santa Maria, Brasil: UFSM.
- Winnicott, D. W. (1987). *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wong, M.-L. (2007). História e epidemiologia da depressão. In J. Licínio (Ed.), *Biologia da depressão* (pp. 15-25). Porto Alegre: Artmed. (original published in 2005)
- Yu, D., & Li, X. (2000). Preliminary use of the Children's Depression Inventory (CDI) in China. *Chinese Mental Health Journal*, 14, 225-227.
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. P. da C. Tavares (Ed.), *Resiliência e Educação* (pp.13-42).

São Paulo: Cortez.

Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.

Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R. , Rohde, L. A. P., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.

Anexo A
Inventário de Depressão Infantil

Por favor, responda os itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada. Veja o seguinte exemplo:

- 00- Eu sempre vou ao cinema
 Eu vou ao cinema de vez em quando
 Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa.

Marque só uma alternativa em cada questão. Nenhuma resposta é certa ou errada. Depende de como você se sente. Para responder, considere como você tem se sentido nas últimas duas semanas. Lembre-se que as respostas são confidenciais.

Seja sincero(a) em suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco

- 01- Eu fico triste de vez em quando
 Eu fico triste muitas vezes
 Eu estou sempre triste
- 02- Para mim, tudo se resolverá bem
 Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
 Nada vai dar certo para mim.
- 03- Eu faço bem a maioria das coisas
 Eu faço errado a maioria das coisas
 Eu faço tudo errado
- 04- Eu me divirto com muitas coisas
 Eu me divirto com algumas coisas
 Nada é divertido para mim
- 05- Eu sou mau (má) de vez em quando
 Eu sou mau (má) com frequência
 Eu sou sempre mau (má)
- 06- De vez em quando, eu penso que coisas ruins irão me acontecer

Eu temo que coisas ruins me aconteçam

Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão

- 07- Eu gosto de mim mesmo
 Eu não gosto muito de mim mesmo
 Eu me odeio

08- Poucas vezes, eu me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem

Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa

Tudo de mau que acontece é por minha culpa

- 09- Eu não penso em me matar
 Eu penso em me matar
 Eu quero me matar

10- Eu sinto vontade de chorar de vez em quando

Eu sinto vontade de chorar frequentemente

Eu sinto vontade de chorar diariamente

11- Eu me sinto preocupado de vez em quando

Eu me sinto preocupado frequentemente

Eu me sinto sempre preocupado

12- Eu gosto de estar com as pessoas

Frequentemente, eu não gosto de estar com as pessoas

Em muitas ocasiões, eu não gosto de estar com as pessoas

13- Eu tomo decisões facilmente

É difícil para mim tomar decisões

Eu não consigo tomar decisões

14- Eu tenho boa aparência

Minha aparência tem alguns aspectos negativos

Eu sou feio (feia)

15- Fazer os deveres de casa não é grande problema para mim

Com frequência, eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa

Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa

16- Eu durmo bem à noite

Eu tenho dificuldades para dormir algumas noites

Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite

17- Eu me canso de vez em quando

Eu me canso frequentemente

Eu estou sempre cansado

18- Eu como bem

Alguns dias eu não tenho vontade de comer

Quase sempre eu não tenho vontade de comer

19- Eu não temo sentir dor, nem adoecer

Eu temo sentir dor e ficar doente

Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente

20- Eu não me sinto sozinho(a)

Eu me sinto sozinho(a) muitas vezes

Eu sempre me sinto sozinho(a)

21- Eu me divirto na escola frequentemente

Eu me divirto na escola de vez em quando

Eu nunca me divirto na escola

22- Eu tenho muitos amigos

Eu tenho alguns amigos, mas gostaria de ter mais

Eu não tenho amigos

23- Meus trabalhos escolares são bons

Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes

Eu tenho me saído mal em matérias que costumava ser bom (boa)

24- Em geral, sou tão bom quanto outras crianças

Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças

Não posso ser tão bom quanto outras crianças

25- Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém

Eu não tenho certeza se alguém me ama

Ninguém gosta de mim realmente

26- Eu sempre faço o que me mandam

Eu não faço o que me mandam com frequência

Eu nunca faço o que mandam

27- Eu não me envolvo em brigas

Eu me envolvo em brigas com frequência

Eu estou sempre me envolvendo em brigas

Anexo B
Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência

Nome:

Sexo:

Idade:

Abaixo estão apresentados alguns eventos que podem ter acontecido com você e que podem ter sido experiências ruins na sua vida. Marque aqueles eventos de vida que já lhe ocorreram e assinale, para estes, um valor entre 1 a 5, de forma que quanto maior for o número, pior foi a experiência para você. Considere o seguinte exemplo:

(00) Ter problemas de saúde

Não ()

Sim (X) 1() 2() 3() 4() 5(X)

Muito obrigado pela sua colaboração.

1) Ter problemas com professores

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

2) A família ter problemas com a polícia

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

3) A família não ter dinheiro

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

4) Discutir com amigos (as)

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

5) Rodar de ano na escola

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

6) Um dos pais ter filhos com outros parceiros

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

7) Alguém da família perder o emprego

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

8) Ter problemas e dúvidas quanto às mudanças no corpo e aparência

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

9) Não ter amigos (as)

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

10) Alguém da família não conseguir emprego

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

11) Mudar de colégio

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

12) Mudar de casa ou de cidade

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

13) Ter que trabalhar para ajudar a família

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

14) Ser levado(a) para a FASE

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

15) Ir para o conselho tutelar

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

16) Morte de um dos pais

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

17) Morte de irmãos (ãs)

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

18) Morte de outro familiar

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

19) Morte de amigo (a)

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

20) Ter que viver em abrigo

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

21) Ter brigas com irmãos (ãs)

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

22) Ter familiares com ferimentos ou doenças

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

23) Não conhecer um dos pais

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

24) Ter dormido na rua

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

25) Ter amigos (as) com ferimentos ou doenças

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

26) Não receber cuidado e atenção dos pais

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

27) Ser impedido(a) de ir a festas ou passeios

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

28) Ter que obedecer às ordens de seus pais

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

- 29) Ter crise nervosa
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 30) Ter doenças graves ou lesões sérias
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 31) Ter problemas com os outros pela sua raça
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 32) Ter dificuldades de adaptação/ajustamento na escola
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 33) Sofrer humilhação ou ser desvalorizado(a)
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 34) Sofrer castigos e punições
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 35) Ter dificuldades em fazer amizades
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 36) Um dos pais se casar novamente
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 37) Sofrer agressão física ou ameaça de agressão por parte dos pais
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 38) Ser tocado(a) sexualmente contra a vontade
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 39) Ser suspenso(a) da escola
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 40) Ter sido adotado(a)
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 41) Ter mau relacionamento com colegas
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 42) Ser impedido(a) de ver os pais
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 43) Ser expulso de casa
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 44) Ter algum familiar que bebe muito
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 45) Ter provas no colégio
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 46) Ficar pobre
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 47) Usar drogas
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 48) Um dos pais ter que morar longe
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 49) Envolver-se em brigas com agressão física
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 50) Ser estuprado(a)
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 51) Ser rejeitado(a) pelos familiares
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 52) Ser assaltado(a)
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 53) Ser xingado(a) ou ameaçado(a) verbalmente
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 54) Separação dos pais
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 55) Ser expulso(a) da escola
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 56) Ser expulso(a) da sala de aula pela professora
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 57) Ter sofrido algum tipo de violência
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 58) Terminar o namoro
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 59) Sentir-se rejeitado(a) por colegas e amigos (as)
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 60) Sofrer acidente
 Não ()
 Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

Anexo C
Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro.pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006533

Título : A instituição, a escola e a rua como contextos ecológicos de promoção de resiliência para jovens em situação de risco

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
SILVIA HELENA KOLLER	PESQ RESPONSÁVEL	kollersh@ufrgs.br	33165246
DEBORA DALBOSCO DELL AGLIO	PESQUISADOR	dalbosco@cpovo.net	33165290

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 4 ,
ata nº 70 , de 18/05/2006 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo
com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 22 de maio de 2006.


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
Coordenador de CEP-UFRGS

22 de maio de 2006.

Página 6 de 11

Recebi em 02/08/2006.
Original e 2 (duas) cópias

Consciência Resposta

Anexo D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsáveis

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS/RESPONSÁVEIS E DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇAS MAIORES DE 12 ANOS

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo investigar eventos de risco e fatores que promovem a saúde emocional de crianças e adolescentes. Tal estudo prevê a participação crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idade entre oito a 14 anos, que moram em abrigos, na rua e com suas famílias e que freqüentem segunda, quarta e sexta séries. A coleta de dados deverá envolver a realização de entrevistas individuais e aplicação de testes. Alguns instrumentos serão aplicados durante o horário escolar para os que vivem com a família e nas instituições os que lá vivem.

Os participantes do estudo serão claramente informados de que sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo. Eles deverão concordar com a participação e aquelas que tiverem idade acima de 12 anos, deverão assinar este termo.

A qualquer momento, os participantes poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes bem como das instituições envolvidas. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores no Instituto de Psicologia/UFRGS. Dados individuais dos participantes não serão informados às instituições envolvidas ou aos familiares, mas haverá uma devolução dos resultados, de forma coletiva, para as instituições.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre o processo de desenvolvimento das crianças relacionados aos eventos de vida e aos recursos internos e de apoio externo que elas possuem. Agradecemos a colaboração dos participantes e das instituições envolvidas para a realização desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais com as coordenadoras Profas. Dras. Sílvia Helena Koller e Débora Dalbosco Dell'Aglio, do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da UFRGS. Caso queiram contactar com nossa equipe, isto poderá ser feito pelo telefone (51) 3316-5150 (Profa. Sílvia), 3316-5253 (Profa. Débora) ou 9216-4059 (Aline).

Data ____/____/____ _____

Psicóloga responsável

Data ____/____/____

Eu, _____, estou ciente dos procedimentos da pesquisa e concordo em participar do presente estudo.

Criança maior de 12 anos

Anexo E
Termo de Concordância da Instituição

TERMO DE CONCORDÂNCIA PARA A INSTITUIÇÃO

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo de investigar eventos de risco, atributos pessoais, coesão ecológica e a rede de apoio social e afetivo de crianças e adolescentes abrigados. Tal estudo prevê a participação de crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idade entre oito a 14 anos em duas etapas do trabalho: Etapa 1 – a partir de Abril/2006 e Etapa 2 – a partir de Setembro/2006. Para tanto, solicitamos autorização para a realizar este estudo em sua instituição.

As crianças e adolescentes participantes do estudo serão claramente informados de que sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem prejuízo. A qualquer momento, tanto os participantes quanto a instituição poderá solicitar informações sobre os procedimentos relacionados a este estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes, bem como das instituições envolvidas. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis e após a elaboração do relatório final, será lacrado e armazenado na coordenação do Projeto que se situa na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dados individuais dos participantes coletados no processo de pesquisa não serão informados às instituições envolvidas ou aos familiares, mas haverá uma devolução dos resultados, de forma coletiva, para as instituições.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre o processo de desenvolvimento das crianças relacionados aos eventos de vida e aos recursos internos e de apoio externo que elas possuem.

Agradecemos a colaboração dos participantes e das instituições envolvidas para a realização desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais. As pesquisadoras responsáveis por esta pesquisa são as psicólogas Aline Cardoso Siqueira e Josiane Wathier, sob supervisão das Profas. Dras. Sílvia Helena Koller e Débora Dalbosco Dell’Aglío, do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da UFRGS. Caso queiram contactar com nossa equipe, isto poderá ser feito pelo telefone (51) 3316-5150 (Profa. Sílvia), 3316-5253 (Profa. Débora) ou 9216-4059 (Aline).

____ / ____ / ____

Data

Psicóloga Responsável

Instituição: _____

Concordamos que crianças e adolescentes, que vivem nesta instituição, participem do presente estudo.

____ / ____ / ____

Data

Responsável pela Instituição

Anexo F
Roteiro da Entrevista Estruturada em T2

ROTEIRO DA ENTREVISTA ESTRUTURADA EM T2– INSTITUIÇÃO DE ABRIGO

DADOS BIOSOCIODEMOGRÁFICOS

Nome

Sexo () Masculino () Feminino

Idade

Abrigo:

Datas das coletas:

Coletadora:

Sabe a data de aniversário? () Sim () Não

Que data informa? __/__/__

Contato (responsável)

Telefone

Endereço de um familiar:

Dados obtidos em
documentos

Data de Ingresso:

Data de Nascimento __/__/__

ESCOLA

Você vai à escola? () Sim () Não - Se não, por quê?

Qual tipo de escola? () Formal () Aberta

Em que série você está?

Você repetiu algum ano na escola? () Sim () Não Qual?

Você abandonou a escola? Quando? Por quê?

Alguma vez foste expulso da escola? Por quê?

FAMÍLIA – INSTITUIÇÃO – CONTEXTO DA RUA

Quem faz parte da sua família?

Tens irmãos? Quantos anos eles têm? Onde eles estão?

Tens filhos(as)? () Sim () Não

Já engravidaste alguma vez? Ou engravidaste alguma namorada? () Sim () Não

Onde mora (como é a casa)? Com quem você mora?

Mantém contato com a família? () Sim () Não Com quem?

Quando foi em casa pela última vez? Ou quando a família o visitou pela última vez?		
SE SIM	De quanto em quanto tempo você encontra sua família? () raramente () mais de uma vez por semana () semanalmente () quinzenalmente () mensalmente	Quanto tempo você fica com sua família antes de voltar para a rua/ou para a instituição? () um dia () dois dias- vai no sábado e volta domingo () três dias- vai na sexta e volta domingo () mais de três dias
	Onde você encontra a sua família?	Como?
SE NÃO	Por que você não tem contato com a sua família?	
Mãe: () não conhece () conhece, mas não vê faz tempo () conhece () falecida () não falecida <u>Observações sobre a mãe:</u>		
Pai: () não conhece () conhece, mas não vê faz tempo () conhece () falecido () não falecido <u>Observações sobre o pai:</u>		
Seus pais vivem/moram juntos? ()Sim ()Não		Seus pais trabalham? ()Sim ()Não
O que faz o seu pai? Escolaridade do Pai:		E a sua mãe? Escolaridade da Mãe:
SE NA INSTITUIÇÃO	Há quanto tempo?	
	Você conhecia alguém da instituição quando foste morar lá?	
	Você sabe por que vieste morar na instituição?	
	Tem algum irmão morando contigo na instituição?	
SE NA RUA	Onde dorme? Desde quando?	
	Desde quando você saiu de casa? Por quê?	

TRABALHO	
Você trabalha? ()Sim ()Não	Em quê?
Quanto ganha com a atividade?	
O que acha do trabalho?	
O que costuma fazer com o dinheiro que ganha?	
Gosta do que faz?	
Deixa de ir à escola para trabalhar?	
VOCÊ ALGUMA VEZ:	
Experimentou bebida alcoólica () Sim ()Não Qual tipo de bebida: _____ Quando foi a primeira vez: _____	

<p>Freqüência com relação ao último mês:</p> <p><input type="checkbox"/> 20 dias ou mais no mês <input type="checkbox"/> 4 a 19 dias no mês</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 3 dias no mês <input type="checkbox"/> Não usou</p>
<p>Experimentou cigarro</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quando foi a primeira vez: _____</p> <p>Freqüência com relação ao último mês:</p> <p><input type="checkbox"/> 20 dias ou mais no mês <input type="checkbox"/> 4 a 19 dias no mês</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 3 dias no mês <input type="checkbox"/> Não usou</p>
<p>Experimentou drogas ilícitas</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual tipo: _____ Quando foi a primeira vez: _____</p> <p>Freqüência com relação ao último mês:</p> <p><input type="checkbox"/> 20 dias ou mais no mês <input type="checkbox"/> 4 a 19 dias no mês</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 3 dias no mês <input type="checkbox"/> Não usou</p>

EVENTOS DE VIDA
Você pode descrever um dia da sua vida pra mim?
E um dia no final de semana?
Conte-me sobre um fato importante que aconteceu na sua vida
Conte-me sobre um fato que aconteceu na sua vida e lhe deixou triste
Tem mais alguma outra coisa ruim que aconteceu com você e que queira me contar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Agora eu quero que você me conte sobre um acontecimento bom em sua vida

Muito obrigado pela sua colaboração!