

Universidade da Beira Interior



Departamento de Psicologia e Educação

RELATÓRIO DE ESTÁGIO REALIZADO NO CENTRO HOSPITALAR DA
COVA DA BEIRA – EPE SUBMETIDO COMO REQUISITO PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM PSICOLOGIA

REGINA MARIA DA SILVA COELHO

Covilhã

2008

Universidade da Beira Interior



Departamento de Psicologia e Educação

Relatório de Estágio realizado sob orientação da Prof. (a) Doutora Maria da Graça Esgalhado apresentado à Universidade da Beira Interior para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, registado no DGES sob o número R/B – CR-342/2007.

Covilhã

2008

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas que, ao longo do meu percurso, me ajudaram a evoluir, contribuindo para este estudo.

Em primeiro lugar desejo manifestar o meu sincero agradecimento à Dr.^a Maria da Graça Esgalhado pela orientação rigorosa e profissional, pela disponibilidade, pelo apoio e grande incentivo, numa fase tão importante desta minha caminhada.

Às Crianças acolhidas na Casa do Menino Jesus da Covilhã e Casa de Infância e Juventude de Castelo Branco que, com o seu contributo, possibilitaram este trabalho.

A todos os meus *Amigos*, em especial à Ana, Flora, Ana Paula, Maria de Lurdes, Fátima, Patrícia, Liliana, Rosa e tantos mais, que nos momentos de fraqueza me fizeram sentir forte nesta jornada.

À minha família e, em especial aos meus pais, que mesmo longe sempre estiveram presentes e me estimularam neste percurso de crescimento pessoal e profissional.

Ao Paulo, pelo tempo, pelo companheirismo, compreensão, pela ajuda, pelo sorriso incentivador, pelo amor e ternura com que sempre me brindou.

A Todos os meus Sinceros Agradecimentos.

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPITULO I – Trabalho de Avaliação/Intervenção: Sinopse do Estágio Curricular no Centro Hospitalar da Cova da Beira | 4 |
| 1.1. Contextualização do Estágio: Enquadramento Institucional e Caracterização da Instituição | 4 |
| 1.1.1. A Instituição: O Centro Hospitalar da Cova da Beira – Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência | 4 |
| 1.2. Objectivos do Estágio | 5 |
| 1.3. Descrição das Actividades do Estágio | 5 |
| 1.3.1. Observação de Casos | 5 |
| 1.3.2. Avaliação Psicológica – Acompanhamento de Casos | 10 |
| 1.3.2.1. Caso Clínico 1 | 10 |
| 1.3.2.2. Caso Clínico 2 | 12 |
| 1.3.2.3. Caso Clínico 3 | 13 |
| 1.3.2.4. Caso Clínico 4 | 15 |
| 1.3.2.5. Caso Clínico 5 | 17 |
| 1.3.2.6. Caso Clínico 6 | 18 |
| 1.3.2.7. Caso Clínico 7 | 19 |
| 1.4. Contacto com outras Instituições | 20 |
| 1.4.1. Visitas | 20 |
| 1.4.2. Actividades de Formação | 20 |
| 1.5. Análise Crítica do Estágio | 21 |
| CAPITULO II – Depressão | 24 |
| 2.1. Definição de Depressão | 24 |
| 2.1.1. Sintomas | 27 |
| 2.1.2. Tipologia | 28 |
| 2.1.3. Modelos Explicativos | 29 |
| 2.1.3.1. Modelo Bioquímico | 29 |
| 2.1.3.2. Modelo Psicológico | 30 |
| 2.1.3.3. Modelo Social | 32 |
| 2.2. A Depressão Infanto-Juvenil | 33 |
| 2.2.1. Sintomas | 37 |
| 2.3. Desenvolvimento do Ser Humano e a Depressão | 50 |
| CAPITULO III - O Auto Conceito | 55 |
| 3.1. Definição do Auto Conceito | 55 |
| 3.2. Desenvolvimento do Auto Conceito | 58 |

| | |
|---|-----|
| 3.3. Auto Conceito e Depressão – Que Relação | 61 |
| 3.4. Auto Conceito e Institucionalização | 62 |
| CAPITULO IV – Vantagens e Desvantagens da Institucionalização | 64 |
| CAPITULO V – Estudo Empírico: Depressão e Auto Conceito em Crianças e Adolescentes Institucionalizados | 72 |
| Resumo | 72 |
| Introdução | 72 |
| Método | 74 |
| Participantes | 75 |
| Instrumentos | 78 |
| <i>Children’s Depression Inventory</i> (CDI) | 78 |
| Escala de Auto Conceito (Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale 2) | 82 |
| Procedimentos | 84 |
| Resultados | 85 |
| Discussão de Resultados | 95 |
| Conclusões | 99 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 101 |
| BIBLIOGRAFIA | 103 |
| ANEXOS | 115 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Breve Descrição dos Casos Observados no decurso do Estágio | 5 |
| Quadro 2 – Formação como Formanda. | 21 |
| Quadro 3 – Sintomas da Depressão. | 27 |
| Quadro 4 – Modelo Cognitivo de Depressão de Beck. | 32 |
| Quadro 5 – Semiologia Clínica da Depressão. | 36 |
| Quadro 6 – Estudos Comparativos relativos à Prevalência da Depressão na Infância. | 42 |
| Quadro 7 – Factores na Psicopatologia das Depressões e Respectivos Sintomas. | 43 |
| Quadro 8 – Teoria da Organização Depressiva. | 44 |
| Quadro 9 – Equivalentes Depressivos na Adolescência. | 48 |
| Quadro 10 – Quadro comparativo entre os sintomas da “Depressão de Inferioridade” e “Depressão de Abandono”. | 48 |
| Quadro 11 – Sintomas da Depressão na Adolescência. | 48 |
| Quadro 12 – Factores de Risco da Depressão na Adolescência. | 49 |
| Quadro 13 – Teorias Relativas à Origem da Depressão na Adolescência. | 49 |
| Quadro 14 – Estudos Epidemiológicos da Depressão Infantil. | 50 |
| Quadro 15 – Relação entre níveis de auto-conceito. | 62 |
| Quadro 16 – Distribuição Frequencial por idade. | 75 |
| Quadro 17 – Apresentação do Número de Itens por Escalas de Domínio. | 83 |
| Quadro 18 – Resultados para a comparação de médias entre grupos de idade para o auto-conceito e para as suas dimensões. | 87 |
| Quadro 19 – Resultados para a comparação de médias entre grupos de tempo de permanência para as dimensões do auto-conceito. | 90 |
| Quadro 20 – Resultados para a comparação de médias entre tipo de visitas para as dimensões do auto-conceito. | 92 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Distribuição Percentual da Escolaridade. | 76 |
| Figura 2 - Distribuição Percentual da Ocorrência de Visitas. | 76 |
| Figura 3 - Distribuição Percentual do tipo de Visitas. | 77 |
| Figura 4 - Distribuição Percentual Dos Visitantes. | 77 |
| Figura 5 - Distribuição Percentual do Tempo de Permanência na Instituição. | 78 |
| Figura 6 – Grupos de comparação para sujeitos com depressão e sem depressão. | 86 |
| Figura 7 – Grupos de comparação para a variável auto-conceito. | 86 |
| Figura 8 – Resultados relativos aos diferentes domínios do auto-conceito. | 87 |
| Figura 9 – Valores Médios para a depressão comparativamente entre os dois grupos de idade. | 88 |
| Figura 10 - Valores Médios para o auto-conceito comparativamente entre os dois grupos de idade. | 88 |
| Figura 11 - Valores Médios para os domínios do auto-conceito comparativamente entre os dois grupos de idade. | 89 |
| Figura 12 – Resultados para a comparação da média entre grupos com menor e maior tempo de institucionalização para a variável grau de depressão. | 90 |
| Figura 13 - Resultados para a comparação da média entre grupos com menor e maior tempo de institucionalização para a variável nível de auto-conceito. | 91 |
| Figura 14 - Valores Médios para os domínios do auto-conceito comparativamente entre os dois grupos de tempo. | 91 |
| Figura 15 - Valores Médios para o grau de depressão comparativamente entre os tipos de visitas. | 92 |
| Figura 16 – Valores médios para o nível de auto-conceito no domínio da ansiedade comparativamente entre a periodicidade de visitas | 93 |
| Figura 17 – Resultados para a comparação da média entre o grau de depressão e a variável tipo de visitantes. | 93 |
| Figura 18 - Resultados para a comparação da média entre o auto-conceito e a variável tipo de visitantes. | 94 |
| Figura 19 - Resultados para a comparação da média entre o auto-conceito ao nível do domínio do “comportamento ajustado”, “ansiedade” e “popularidade” e a variável tipo de visitantes. | 94 |
| Figura 20 – Valores médios para os domínios do auto-conceito ao nível “Intelectual e escolar”, “aparência física” e “felicidade” comparativamente ao tipo de visitantes. | 95 |

INTRODUÇÃO

A Psicologia entende os fenómenos psíquicos como sendo a expressão possível (para o indivíduo) de diferentes processos psicológicos socialmente contextualizados. Nesta linha, segundo Mendes (2002) “ao abordar o indivíduo que procura ajuda, o psicólogo intervém contextualizando a problemática em questão. É esta contextualização que confere significado, originalidade e individualidade ao problema. Entramos no campo da relação, do imaginário e da comunicação. O discurso do indivíduo é o portal de acesso ao seu interior. Este discurso é “decifrado” na relação estabelecida entre o psicólogo, o cliente e/ou quem faz o pedido para a consulta”.

Todo o trabalho do psicólogo envolve a possibilidade de influenciar profundamente os outros, quer no sentido positivo quer no negativo, o que constitui uma grande responsabilidade social. O carácter profundamente humano e social do trabalho do psicólogo exige, assim, uma consciência das questões éticas que possam surgir no exercício da sua actividade profissional.

Os psicólogos actuam a partir de um corpo de conhecimento válido e fidedigno baseado na investigação, e usam esse conhecimento em processos psicológicos e comportamentos humanos, numa variedade de contextos. Fazendo isso, desempenham muitas funções em áreas de investigação, educação, avaliação, terapia, consultadoria, testemunho especialista e outros.

Os psicólogos esforçam-se por garantir e manter altos níveis de competência no seu trabalho. Reconhecem os limites das suas próprias competências e as limitações do seu conhecimento, e oferecem somente os serviços para os quais estão qualificados por formação, treino e experiência.

As competências de um psicólogo resultam de uma formação teórica e prática de nível elevado e em constante actualização. Obrigam-se a garantir as suas qualificações através dos seus estudos, da sua formação e da sua experiência específica a partir dos quais fixam os seus próprios limites.

No quadro da sua competência o psicólogo assume a responsabilidade de escolha de aplicação e das consequências dos métodos e técnicas que usa e dos pareceres profissionais que emite em relação a pessoas, grupos, e à sociedade. Neste sentido, deve exercer a sua função com base nos princípios, conhecimentos, modelos e métodos de uma forma ética e científica, de modo a promover o desenvolvimento e bem-estar dos indivíduos, do grupo, das organizações e da sociedade.

Assim, definem-se quatro principais contextos de actuação e prática profissional no âmbito da Psicologia: Clínica e Saúde; Educação; Trabalho e Organizações e, outros (psicologia forense, psicologia do desporto).

As competências do psicólogo são genéricas e aplicáveis aos diversos contextos profissionais. Deste modo e seja qual for o contexto de actuação, existem seis categorias, que definem especificamente as funções do psicólogo, e que devem ser tidas em conta, segundo o Diploma Europeu do Psicólogo: (1) Meta-especificação: o psicólogo deve ser capaz de analisar e definir as necessidades do cliente através do recurso a métodos específicos e propor um objectivo aceitável referindo ao cliente os critérios de avaliação e estratégias para alcançar o mesmo; (2) Avaliação: o psicólogo, atendendo ao contexto de actuação, deve avaliar por meio de instrumentos de avaliação (entrevista, análise, observação) a situação; (3) Desenvolvimento: o psicólogo deve direccionar a sua actuação no sentido de conhecer as necessidades e limitações dos seus métodos bem como identificar a viabilidade, fiabilidade e validade dos mesmos; (4) Intervenção: o psicólogo deve orientar a sua actuação de acordo com a situação (directa ou indirecta) e definir metas/objectivos para alcançar os objectivos delimitados, respeitando e promovendo os direitos fundamentais das pessoas, da sua liberdade, da sua dignidade, da preservação da sua intimidade, da sua autonomia e do seu bem estar psicológico; (5) Comunicação: o psicólogo deve fornecer informações ao cliente sobre os resultados da sua acção e devolver um relatório onde constem os mesmos, salvaguardando sempre a confidencialidade de todos os dados.

Refira-se que a auto-crítica e auto-reflexão constituem um elemento chave da competência profissional do psicólogo, daí que a sua obrigação é continuar a desenvolver-se profissionalmente, atendendo às mudanças que ocorrem nesse campo, bem como a exercer a sua acção como um todo, procurando aconselhamento e suporte em situações difíceis (in Código de Ética para Psicólogos de acordo com a Federação Europeia de Associações de Psicólogos).

No âmbito da psicologia clínica, compete ao psicólogo: (1) Estudo psicológico de indivíduos e elaboração do psicodiagnóstico solicitando, se necessário, a intervenção de outros técnicos; (2) O estudo psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de prevenção e tratamento; (3) O aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo; (4) A intervenção psicológica e psicoterapia; (5) a responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia; (6) Elaborar um relatório pormenorizado sobre o caso, com conclusões e propostas fundamentadas, quando solicitado e justificado; (7) Assegurar-se, caso existam, que os restantes profissionais envolvidos sejam informados sobre as suas observações, quando tal for pertinente (Leal, 2000).

Tendo como referência as competências do psicólogo, este trabalho tem como objectivo, no primeiro capítulo, apresentar uma sinopse sobre o estágio curricular realizado no Centro Hospitalar da Cova da Beira bem como enunciar todo o trabalho de avaliação/intervenção efectuado, salientando a importância do papel do psicólogo no contexto de acção da área de Clínica e da Saúde.

Do segundo ao quinto capítulo deste trabalho apresenta-se um estudo teórico sobre a temática da investigação empírica. Assim, no segundo capítulo debruçamo-nos sobre a problemática da depressão.

Os estados depressivos, pela sua prevalência e pelos que problemas que acarretam, têm enorme importância como problema de saúde pública, uma vez que o reconhecimento da depressão como entidade diagnóstica em crianças e adolescentes constituiu um fenómeno relativamente recente. Vários autores argumentam que a depressão em crianças aparece de forma distinta da dos adultos dado que os sintomas a “mascaram” totalmente.

Assim, começamos por abordar a problemática da depressão propriamente dita, ao nível dos conceitos, sintomas, tipologia e modelos explicativos, e à apresentação de uma breve abordagem sobre a depressão infanto-juvenil, enfatizando as hipóteses psicopatológicas na base do seu desenvolvimento, sintomatologia, etiologia e prevalência. Seguidamente, estabelece-se uma ponte entre o desenvolvimento do ser humano e a existência de depressão.

No terceiro capítulo aborda-se a definição do auto-conceito bem como a evolução deste constructo ao longo da infância e adolescência.

A importância do auto-conceito tem vindo a ser progressivamente salientada no campo da Psicologia (Veiga, 1989) no sentido em que este constructo reflecte a forma como o indivíduo se percebe e sente como pessoa total. Segundo Barros (1996), o auto conceito constitui o ponto de partida e o quadro de referência do indivíduo na organização do seu comportamento.

Por último apresenta-se a relação de sintomatologia depressiva e auto-conceito em crianças e adolescentes institucionalizados.

O quarto capítulo trata a problemática da institucionalização, descrevendo-se as vantagens e desvantagens.

O quinto capítulo apresenta o estudo empírico, cujo objectivo foi o de averiguar as relações entre auto conceito e depressão em crianças e adolescentes institucionalizados, bem como a sua interacção com outras variáveis como a idade, o tempo de permanência nas instituições, o tipo de visitantes e a frequência de visitas.

Por último e para concluir, apresenta-se uma reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido.

CAPÍTULO 1 - TRABALHO DE AVALIAÇÃO/INTERVENÇÃO: Sinopse do Estágio Curricular no Centro Hospitalar da Cova da Beira

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO: ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL E CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1.1. A Instituição: O Centro Hospitalar da Cova da Beira – Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência

O estágio curricular decorreu no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, do Centro Hospitalar da Cova da Beira, por um período de sete meses. Este Serviço subdivide-se nas valências de Pedopsiquiatria, Psicologia, Terapia da Fala, Psicomotricidade e Terapia Ocupacional.

O Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência é constituído pelos seguintes elementos: um administrativo, um Director de Serviço, uma Pedopsiquiatra, duas psicólogas, uma terapeuta da fala, um técnico de Psicomotricidade, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional.

A unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência entende dar um apoio diversificado à população dos 0-18 anos que apresente problemas do foro psíquico, assim como às suas famílias. Neste sentido, o plano de actividades deste serviço contempla uma gama diversificada de respostas que se adaptam às solicitações mais prementes da comunidade. Estas actividades distribuem-se pela consulta externa, internamento no Serviço de Pediatria até aos 15 anos, apoio ao Serviço de Urgência Pediátrica, Terapia Familiar, apoio à Comissão de Protecção de Menores da Covilhã, Hospital de Dia, reuniões de serviço, intervenção na comunidade e desenvolvimento de formações temáticas no Serviço.

A consulta externa constitui a actividade nuclear na prática da Saúde Mental infantil, é efectuada em espaço próprio, com uma sala adaptada à avaliação do desenvolvimento da criança, da interacção mãe-criança, assim como de entrevistas familiares alargadas. Quando necessárias para uma intervenção na família e no meio, são efectuadas visitas domiciliárias, deslocações a escolas, reuniões com outras instâncias de apoio à criança. Neste sentido, a consulta externa promove actividades multidisciplinares tais como a psicoterapia individual, a psicofarmacologia, exames médico-legais, o apoio familiar, e o contacto com outras instituições de apoio a menores e o contacto com escolas.

A colaboração com o serviço de Pediatria, a nível de apoio e internamento ocorre, essencialmente, nos casos de surtos psicóticos, quadros depressivos e tentativas de suicídio.

O apoio às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens verifica-se em casos de abusos sexuais, de maus-tratos (físicos ou outros), de abandono e negligência.

A valência de Hospital de Dia constitui uma unidade de internamento parcial que permite uma observação contínua das crianças, num plano pluridisciplinar, podendo estas beneficiar de acções médicas, educativas e pedagógicas. Destina-se, essencialmente, a crianças em idade pré-escolar (menores de 6 anos), estando indicado nas psicoses precoces e nas perturbações (nomeadamente atrasos do desenvolvimento), bem como nos quadros depressivos de espectro do autismo, mutismo electivo extra familiar, e alterações de comportamento. Isto no sentido de um tratamento precoce e intensivo ou de uma observação diária para esclarecimento do diagnóstico e programação terapêutica. Esta valência dispõe, consoante as necessidades, de uma sala de actividades que utiliza como atelier de pintura e sala de relaxamento.

A prática da Terapia Familiar é desenvolvida pela Pedopsiquiatra e ocorre sobretudo em casos de anorexia nervosa e alterações de comportamento.

O Serviço de psiquiatria da Infância e Adolescência promove sessões de Sexologia para jovens (9º ano), bem como desenvolve acções de formação para pais, professores e clínicos gerais. Este tipo de intervenção engloba, também, a interacção entre o serviço e as escolas. Esta valência promove, ainda, a apresentação de temas no âmbito clínico e de interesse para a equipa, de acordo com as áreas de formação dos técnicos que a integram.

1.2. OBJECTIVOS DO ESTÁGIO

O Estágio curricular decorreu no primeiro semestre de 14 de Outubro de 2002 a 28 de Fevereiro de 2003 às segundas e terças-feiras, e no segundo semestre de 6 de Março a 30 de Junho de 2003 às quintas e sextas-feiras (cf. Anexo 1)

Foram definidos objectivos gerais e objectivos específicos (cf. Anexo 2).

1.3. DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DO ESTÁGIO

1.3.1. OBSERVAÇÃO DE CASOS

No decorrer do estágio curricular, contactámos, entre outras, com as seguintes patologias: hiperactividade, dificuldades de linguagem, anorexia nervosa, psicoses, esquizofrenias, epilepsia (Quadro 1).

Quadro 1- Breve descrição dos casos observados no decurso do estágio

| CASO | GÉNERO | IDADE | SÍNTESE DOS DADOS OBSERVADOS E DIAGNÓSTICO |
|-------------|---------------|--------------|---|
| Caso 1 | F. | 10 anos | Depressão reactiva resultante de uma situação de pós-divórcio. |
| Caso 2 | M | 12 anos | Enurese e Medos. Atitudes Regressivas – no que respeita à comida - e Manifestações ansiosas. Antecedentes Familiares apontam para a mesma patologia. A prova projectiva (T.A.T) apontam para a existência de um carácter fóbico com diversos bloqueios. |
| Caso 3 | F. | 8 anos | Enurese. Manifesta um medo infundado chorando por tudo e por nada e verbaliza que ninguém gosta dela. Existem antecedentes de alcoolismo no pai e separação do casal com problemas ao nível do relacionamento entre ambos os progenitores. A criança não contacta com o pai e a relação com a mãe é pautada pela distância. |
| Caso 4 | M. | 9 anos | Depressão e luto patológico. Evidencia embotamento afectivo recusando falar no irmão referindo só que se recorda da sua voz e rosto. O rapaz assistiu à morte violenta do irmão enquanto ambos brincavam na quinta. O pai é uma figura ausente e a mãe não dá a devida atenção pelo facto de ter que cuidar do irmão mais novo de 2 meses. |
| Caso 5 | F. | 6 anos | Anorexia desde a pequena infância, hiperactividade com hipertonicidade, dificuldades a nível do controlo de impulsos e baixa auto estima. Criança sem qualquer regra ao nível da conduta. Foi sugerido que os pais frequentassem as consultas de modo a orientá-los no sentido de impor regras à criança. |
| Caso 6 | M. | 11 anos | Recusa em ir para a escola, introversão, baixa auto-estima, dificuldades de socialização, sensibilidade à crítica e onicovegia. Existem antecedentes de alcoolismo no progenitor e sérias dificuldades ao nível do estabelecimento de relações interpessoais. |
| Caso 7 | M. | 8 anos | Défice de atenção e instabilidade. Encaminhado para a consulta de Pedopsiquiatria por alterações de comportamento apresentando hetero-agressividade, hiperactividade, choro fácil, baixa auto-estima, e instabilidade. Existe separação do casal, alcoolismo no progenitor. Verifica-se, em termos de saúde, um episódio de meningite em 2002 e a existência de um sopro no coração. |
| Caso 8 | M. | 11 anos | Alterações de comportamento com negação, insónia, somatização, rejeição à escola e consumo de álcool. Existe um episódio de coma alcoólico no rapaz e ansiedade de separação com vómitos e dores abdominais aquando a ida para a escola. Devido à situação profissional, o progenitor é uma figura ausente. |
| Caso 9 | M. | 9 anos | Com diagnóstico de fobia. Encaminhado por dificuldades de aprendizagem e suspeita de dislexia. Apresenta choro fácil, baixa auto-estima, sensação de ser mal-amado e desmotivação na escola. Existência de antecedentes de assassinato por parte de um tio. A WISC-R aponta para um Q.I total de 111, um Q.I de realização de 117 (normal brilhante) e um Q.I verbal de 104 (médio). |
| Caso 10 | M. | 7 anos | Com diagnóstico de enúrese e défice de atenção. Existe antecedentes de síndrome fetal alcoólico na mãe biológica e abandono. A criança é adoptada. Foi lhe prescrito tratamento farmacológico. |
| Caso 11 | M. | 13 anos | Com diagnóstico de alterações de comportamento e abuso de álcool e tabaco. Encaminhado por absentismo escolar (258 faltas no ano escolar). Existência de problemas associados ao álcool no progenitor. |
| Caso 12 | F. | 10 anos | Com diabetes (doença crónica) sendo insulino-dependente. Encaminhamento solicitado por esconder e trocar valores de |

| | | | |
|---------|----|---------|---|
| | | | glicémia e não colaborar nos tratamentos e dieta tendo sido diversas vezes internadas por descompensação diabética. Existência de problemas de obesidade na mãe e de alcoolismo no pai. Verificam-se, igualmente, dificuldades de adaptação na escola tendo reprovado o 1º ano de escolaridade (ano em que lhe foi diagnosticada a doença). A intervenção foi orientada no sentido de reforço da auto-estima bem como imposição de regras. |
| Caso 13 | F. | 17 anos | Quadro depressivo reactivo devido a doença crónica -sacroileite (gasto nos ossos da coluna e anca). Evidencia choro fácil, sensação de ser mal-amada, baixa auto-estima, tristeza, humor depressivo, medo da morte e isolamento. Vai continuar a ser seguida na Psicologia. |
| Caso 14 | M. | 12 anos | Com diagnóstico de quadro depressivo e distúrbio de oposição. Evidencia hetero-agressividade verbal, choro fácil, baixa auto-estima, sensação de ser mal amado, humor sub-depressivo e sem ideação suicida. Existência de separação do casal e união da mãe com um novo companheiro. Antecedentes de alcoolismo crónico no pai e violência física dirigida à mãe. Dificuldades na relação com o padrasto daí a importância de frequentar a consulta de Psicologia. |
| Caso 15 | F. | 9 anos | Com diagnóstico de enurese e encoprese. Encaminhada por encoprese secundária com agravamento desde que a irmã saiu de casa após ter sido espancada pelo pai. O pai sofre de alcoolismo crónico. Apresenta inibição, olhar cabisbaixo, semblante fechado, humor entímico, sem ideação suicida, vários medos. Encontra-se a realizar medicação farmacológica e calendário de regras. |
| Caso 16 | M. | 13 anos | Com diagnóstico de síndrome depressiva e fobia escolar. Encaminhado por alterações de comportamento e absentismo escolar por suspeita de <i>bullying</i> . Antecedentes de dificuldades de adaptação à escola e existência de furtos. Apresenta choro fácil, sensibilidade à crítica, baixa auto-estima, sensação de ser mal amado e humor depressivo. As matrizes coloridas de Raven, F. apontaram um percentil entre 75 –90 de grau 2, ou seja, evidencia um Q.I acima da média. Intervenção farmacológica com antidepressivo e ansiolítico. |
| Caso 17 | M. | 10 anos | Com diagnóstico de hiperactividade e défice de atenção. Encaminhado por défice de atenção e concentração, distratibilidade fácil, impulsividade e excesso da actividade motora. Perde objectos com frequência e apresenta choro fácil, baixa resistência à frustração, sensibilidade à crítica. Antecedentes de separação no casal e existência de perturbações do foro psiquiátrico na mãe (depressão com vários internamentos). Há, igualmente, antecedentes de um falecimento de uma menina na família. |
| Caso 18 | M. | 10 anos | Com diagnóstico de hiperactividade e défice de atenção. Evidencia desmotivação, impulsividade sem noção do perigo. Foi, igualmente, encaminhado para a consulta de desenvolvimento, por não estar a crescer. |
| Caso 19 | F. | 17 anos | Com diagnóstico de depressão. Encaminhada por apresentar um quadro depressivo, choro fácil, sensibilidade à crítica, baixa auto-estima, tristeza, e baixo rendimento escolar. Existência de perturbações do foro psiquiátrico no pai (depressão endógena) e presença de diabetes na mãe. |
| Caso 20 | F. | 13 anos | Com diagnóstico de crises convulsivas. Encaminhada por episódio de perda de consciência sem perda de urina e sem mordedura da língua. A adolescente tem crises atónicas desde os 2 anos de idade tendo vários ataques epilépticos. Apresenta baixa auto-estima, choro fácil, ansiedade e muitos medos. Antecedentes de perturbações do foro psiquiátrico na mãe. |

| | | | |
|---------|----|---------|---|
| Caso 21 | M. | 11 anos | Com diagnóstico de gaguez (tipo tónica) e dificuldades de aprendizagem. Proveniente de um meio sócio familiar desorganizado e sem existência de limites entre os membros. Evidencia sentimento de não pertença e rejeição por parte dos pais e vive com os avós e tio materno. Existência de antecedentes de alcoolismo crónico no pai e doenças do foro psiquiátrico na avó. |
| Caso 22 | F. | 12 anos | Com diagnóstico de ansiedade de separação e síndrome depressiva devido ao luto patológico do pai. Apresenta choro fácil, sensação de ser mal amada, baixa auto-estima, obesidade marcada, cefaleias intensas (associadas a vômitos) e ansiedade de separação moderada. Desde bebé, dorme com companhia (ou com a mãe ou com a irmã) e após a morte do pai este comportamento agravou-se. Manifesta ser demasiada adulta para a sua idade e recusa falar de tudo aquilo que lhe mete medo, da morte e do pai. Demonstra ter consciência que necessita de ajuda uma vez que a mesma vivenciava um ambiente patológico de muita tristeza e desamparo. Encaminhada para apoio psicoterapêutico. |
| Caso 23 | M. | 9 anos | Com diagnóstico de enurese e fobia escolar. Encaminhado por enurese nocturna primária diária. Apresenta choro aquando vai para a escola tendo vômitos e dores abdominais. Sofre, ainda, de somnilóquio sem bruxismo e onicogagia (tiques de pestanejar). Este apresenta dificuldade em separar-se da figura materna, é uma criança insegura e tem dificuldades de concentração. Foi enviado para apoio psicoterapêutico. |
| Caso 24 | M. | 9 anos | Com diagnóstico de síndrome depressiva. Encaminhado por dificuldades de aprendizagem e por estar mais “nervoso”. Apresenta choro fácil, sensação de ser mal amado, irritabilidade fácil, nervosismo e sensibilidade à crítica. Existência de separação do casal, suicídio do pai por enforcamento. O quadro clínico agravou-se desde o falecimento da irmã mais velha por meningite e do seu irmão recém-nascido que morreu de morte súbita. Sempre manifestou dificuldades na escola evidenciando défice de atenção, desmotivação e infantilismo verbal. A WISC-R aponta para um Q.I Total de 108 (médio), um Q.I de Realização de 110 (normal brilhante) e um Q.I Verbal de 104 (médio). |
| Caso 25 | M. | 14 anos | Com diagnóstico de dificuldades de aprendizagem e suspeita de atraso intelectual não obstante a sua adaptação satisfatória à escola. O adolescente apresenta um discurso pobre tanto no vocabulário como na sintaxe. Evidência da presença de hábitos alcoólicos no pai que é portador de diabetes. Antecedentes de dois falecimentos na família, uma menina com duas semanas de vida e um menino com três semanas de vida por insuficiência respiratória. |
| Caso 26 | M. | 15 anos | Com diagnóstico de enurese nocturna secundária. Manifesta choro fácil, baixa auto-estima, sensação de ser mal amado, sensibilidade à crítica, inibição e humor sub-depressivo. A WISC-R aponta para um Q.I Total de 99 (médio), um Q.I de Realização de 115 (normal brilhante) e um Q.I Verbal de 108 (médio). A intervenção será efectuada via o método do calendário. |
| Caso 27 | M. | 11 anos | Com diagnóstico de perturbação da linguagem e abandono. Proveniente de uma família de feirantes que o deixaram aos cuidados de uma Instituição de Acolhimento. Antecedentes de perturbações do foro psiquiátrico no avó e tio; mãe revela irritabilidade fácil e o pai é toxicodependente. As matrizes progressivas de Raven, aponta para um percentil de 50. Intervenção ao nível do apoio psicológico e encaminhamento para a Terapia da Fala. |
| Caso 28 | M. | 12 anos | Com diagnóstico de depressão reactiva devido ao falecimento |

| | | | |
|---------|----|---------|--|
| | | | do avô. Foi abandonado pela mãe desde tenra infância tendo ficado aos cuidados dos avós. A avó apresenta problemas do foro psiquiátrico sendo necessário o recurso ao internamento. Dada a situação instável da avó, o adolescente foi acolhido numa família idónea por não ter qualquer retaguarda familiar uma vez que o pai biológico encontra-se detido por homicídio e apresenta hábitos alcoólicos e o paradeiro da mãe biológica ser desconhecido. Intervenção orientada para o apoio psicoterapêutico. |
| Caso 29 | F. | 9 anos | Com diagnóstico de perturbação da ansiedade. Encaminhada por apresentar anorexia, insónia intermédia, choro fácil, baixa auto-estima, sensação de ser mal amada, queixas somáticas como cefaleias e dores abdominais. O início dos sintomas corresponde ao período em que a criança começou a permanecer sozinha em casa. Faz medicação farmacológica. |
| Caso 30 | M. | 9 anos | Com diagnóstico de suspeita de perturbação da ansiedade por estar aos cuidados dos tios uma vez que os progenitores se encontram no Estrangeiro. Queixa-se de maus-tratos por parte do tio. Aquando do regresso da mãe, todos os sintomas findaram e a intervenção orienta-se no sentido de trabalhar com o rapaz uma mudança significativa na sua vida. |
| Caso 31 | M. | 15 anos | Com diagnóstico de enurese nocturna secundária diária. Apresenta choro fácil, baixa auto-estima, sensação de ser mal-amado, sensibilidade à crítica, e inibição. A WISC-R aponta para a existência de um Q.I.Total médio. O adolescente sente-se incompreendido pelos pais que não o deixam sair de casa. Teve um episódio de fuga contudo voltou pouco tempo depois. Intervenção orientada no sentido do apoio psicoterapêutico. |
| Caso 32 | M. | 14 anos | Com diagnóstico de perturbação da linguagem e possível atraso. Encaminhado por apresentar dificuldades de aprendizagem e na linguagem. O pai faleceu de acidente de viação quando a mãe estava grávida deste. A figura paterna substituta foi então o padrinho que entretanto, também, faleceu. As dificuldades surgiram deste então. Vive com avó materna e mãe. Encaminhado para a terapia da fala e proposto para apoio psicoterapêutico. |
| Caso 33 | F. | 15 anos | Com diagnóstico de perturbação da ansiedade e medo que morram as figuras de vinculação. Esta adolescente teve internada 8 meses por queimaduras nos membros inferiores. Apresenta défice auditivo desde os seis anos de idade e usa prótese. Manifesta baixa auto-estima e sensação de ser mal-amada. A mãe é seguida na psiquiatria devido a uma depressão. Intervenção orientada no sentido do apoio psicoterapêutico. |
| Caso 34 | M. | 14 anos | Com diagnóstico de epilepsia temporal direita. Encaminhado por alterações de comportamento aquando do falecimento do avó no dia da sua comunhão. Apresenta baixa auto-estima, sensação de ser mal amado, impulsividade, imaturidade, ausência de regras e atitudes regressivas. Existência de antecedentes de doença cardíaca no pai e epilepsia na mãe. Verifica-se, igualmente, uma relação conflituosa entre o adolescente e a progenitora acusando-a de o agredir violentamente. Por ser um adolescente carente de afecto e de atenção, foi encaminhado para apoio psicoterapêutico. |
| Caso 35 | F. | 18 anos | Com diagnóstico de síndrome depressiva, tricotomania e onicofagia. Encaminhada por flutuações de humor e choro fácil. Apresenta baixa auto-estima, insegurança, sensação de ser mal amada, sensibilidade à crítica, birras à menor frustração. A WISC-R sugere a existência de um atraso intelectual. |
| Caso 36 | F. | 17 anos | Com diagnóstico de quadro depressivo reactivo devido ao luto do avó. Manifesta tristeza, choro fácil, sensação de ser mal amada, baixa auto-estima, medo da morte e de doenças. |

| | | | |
|---------|----|--------|---|
| | | | Queixa-se, igualmente, de tonturas com intolerância ao ruído sem náuseas e que impede a actividade diária por algumas horas. Foi pedido a realização de exames complementares para despistar algum problema do foro neurológico e propôs-se acompanhamento psicológico para trabalhar o luto. |
| Caso 37 | F. | 7 anos | Com diagnóstico de perturbação no desenvolvimento. Encaminhada pelo serviço social devido à situação familiar problemática .Pais divorciados, progenitor saiu recentemente da prisão após cumprir uma pena por violação enquanto que a mãe encontra-se junta com outro companheiro. Antecedentes de hábitos alcoólicos no pai, era maltratante e promovia comportamentos de risco e promíscuos junta da filha mais velha. O serviço social coloca a hipótese de retirar a menina aos pais por falta de condições. Encontra-se em apoio psicoterapêutico por apresentar isolamento e por ser uma criança ausente parecendo que vive num mundo à parte. |
| Caso 38 | F. | 9 anos | Com diagnóstico de síndrome depressiva e inibição. Enviada por dificuldades de aprendizagem, gaguez e desmotivação. Apresenta baixa auto-estima, sensação de ser mal amada, choro fácil, birras à menor frustração, e preocupação em relação à crítica dos outros. Pai faleceu de ataque epiléptico. Existem antecedentes de doença de Parkinson e de ACV (acidente cérebro-vascular) na família. A nível da psicomotricidade, apresenta baixa compreensão dos textos e em algumas áreas do desenvolvimento como por exemplo a linguagem pessoal, raciocínio prático-locomotor e realização. Foi aconselhado apoio pedagógico acrescido. A WISC-R aponta para uma inteligência média, no entanto, revela lentidão na realização/execução das tarefas, talvez devido ao meio pouco estimulante em que se insere. A intervenção é dirigida no sentido do apoio psicoterapêutico. |

1.3.2. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA – ACOMPANHAMENTO DE CASOS

Ao longo do estágio curricular foram realizadas avaliações psicológicas, num primeiro momento com supervisão, e num segundo momento de forma autónoma.

1.3.2.1.Caso Clínico 1

O adolescente tem 14 anos, é o segundo de uma fratria de quatro (contudo, dois irmãos faleceram ainda bebês) e frequenta o 5º ano de escolaridade pela 3ª vez. Recorre à consulta de Pedopsiquiatria por apresentar dificuldades de aprendizagem.

O pai, 48 anos, é operário rural, é analfabeto, tem diabetes do tipo II e possui hábitos alcoólicos moderados. A mãe, 45 anos, é operária rural, tem a 4ª classe (que fez aos 15 anos) e é saudável. O irmão tem 26 anos, é operário rural e tem o 6º ano de escolaridade (que fez aos 14 anos). Ficou com a mãe até aos 6 anos de idade, com boa adaptação.

Apresenta um discurso pobre tanto no vocabulário como a nível da sintaxe e gramática.

Os resultados da Escala de Inteligência de Weschsler para crianças (WISC-R) apontam para a existência de um funcionamento intelectual de nível muito baixo na escala

verbal, para um nível médio na escala de realização e para um nível médio baixo na escala completa.

Obteve resultados muito abaixo da média no sub-teste que remete para os conhecimentos gerais (assimilação de experiências, memória a longo prazo); memorização dos dados escolares e socioculturais (adaptação social); aquisições escolares; investimento na escolaridade; comunicação ao nível do grupo (expressão verbal); compreensão (relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo); capacidade de generalização de pensamento categórico a partir de dados concretos (conceptualização); abstracção; riqueza e tipo de linguagem (compreensão e fluidez verbal); denominação e representação das coisas por palavras; memória; verbalização e linguagem relacional (expressão verbal); atenção concentrada; memória auditiva imediata; representação simbólica; percepção visual (relações espaciais, coordenação visuo-motora); conceptualização (capacidade de abstracção através da análise e síntese); esquema espacial abstracto mentalmente decomposto e reestruturado (representação simbólica); estruturação espacial e lateralização; motricidade (manipulação digital habitual, coordenação motora); abstracção; memória visual imediata (previsão associativa, rapidez motora); capacidade de aprendizagem; memória (por percepções visuais repetidas); grafismo; desejo de não falhar e expressão motora.

Obteve resultados ligeiramente abaixo da média nos sub-testes que remetem para a concentração (raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos); representação simbólica (operações mentais a partir de situações concretas representadas por símbolos numéricos); representação mental; juízo prático; compreensão e adaptação a situações sociais (comportamento social e eficaz); integração das normas parentais e sociais; socialização; percepção e compreensão de situações sociais (captação de sequências causais); adaptação social (prática e social); adaptação à realidade (organização lógica de uma situação); integração no todo (adaptação à realidade); esquema corporal; estruturação espacial e motricidade (manipulação digital mais precisa).

No entanto, revela uma boa capacidade de memória e acuidade visual; ligação à realidade (sentido de observação exacta). Revela, ainda, aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela a adaptação social, o que implica coordenação perceptivo-motora e controle da impulsividade.

Verifica-se, também, uma diferença significativa entre o Q.I verbal e o Q.I de realização o que sugere a existência de capacidades desarmónicas e a possibilidade de existir organicidade.

Da análise do Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) verifica-se que tem capacidade para se situar inteiro face a um objecto inteiro. É capaz de reconhecer a sua actual imaturidade e impotência perante as situações, mas não reconhece a possibilidade

de delas se distanciar num projecto identificatório, ou seja, a possibilidade de estas serem ultrapassadas no futuro.

Verifica-se, também, que não é capaz de elaborar a relação triangular nem é capaz de fazer uma diferenciação dos personagens.

No entanto, revela uma identidade estável, com capacidade de elaboração da posição depressiva, ou seja, os afectos depressivos são reconhecidos e associados a uma representação de perda do objecto.

O duplo movimento pulsional está presente, existindo uma ligação entre a agressividade e a libido: há ambivalência na relação. A dupla conflitualidade da problemática edipiana também está presente: atracção pelo sexo oposto/ rivalidade para com o mesmo sexo.

O conflito intrapsíquico está patente, os movimentos agressivos e libidinais pouco modulados caracterizam a relação com a imagem materna, no entanto, o conflito edipiano é suficientemente estruturado e a ligação entre a agressividade e a os afectos ternos é possível.

É capaz de se identificar com o pai no sentido de tomar o seu lugar, embora exista uma certa ambivalência: há um conflito de afectos ambivalentes que lhe estão associados. Demonstra capacidade para elaborar as solicitações pré-genitais ansiogénicas, contudo, a sua identidade é suficientemente estável e capaz de se reestruturar.

Surge, ainda, a dimensão depressiva e abandonica da relação mãe-filho com fortes desejos de reparação.

Em quase todas as histórias, surge a introdução de personagens que não figuram na imagem o que demonstra que o L. tem capacidade para encenar um cenário imaginário sustentado pela curiosidade sexual e os fantasmas da cena primitiva.

É um jovem com uma identidade suficientemente estável e estruturada, no entanto, demonstra ser uma criança muito imatura para a idade que tem. É um adolescente com N.E.E (necessidades educativas especiais) pelo que beneficiaria de apoio escolar e de um currículo adaptado.

É importante despistar a possibilidade de existir ou não lesão orgânica dada a diferença significativa entre os Q.I verbal e de realização.

1.3.2.2.Caso Clínico 2

A criança tem 10 anos, é a segunda de uma fratria de três e frequenta o 5º ano de escolaridade. Recorre à consulta de Pedopsiquiatria por ansiedade de realização e fobia escolar com queixas somáticas (vómitos, dores abdominais, choro fácil)

O pai, 45 anos, é mecânico, tem a 4ª classe e é saudável. A mãe, 38 anos, é administrativa e frequenta o Ensino Superior. O irmão tem 13 anos e frequenta o 7º ano de escolaridade. A irmã tem 6 anos e está na 1ª classe. A criança partilha o quarto com a irmã

e dormem juntas e apresenta rivalidade fraterna. Entrou para o infantário com 2 anos com difícil adaptação. Apresenta choro fácil, baixa auto-estima, sensação de ser mal-amada e sensibilidade à crítica.

Da análise do Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) verifica-se que tem capacidade para se situar inteiro face a um objecto inteiro. É capaz de reconhecer a sua actual imaturidade e impotência perante as situações, no entanto, não reconhece a possibilidade de delas se distanciar num projecto identificatório, ou seja, não reconhece a possibilidade de estas serem ultrapassadas no futuro.

É capaz de elaborar a relação triangular (triangulação edipiana), isto é, é capaz de fazer a diferenciação entre os personagens.

Revela uma identidade estável, com capacidade de elaboração da posição depressiva, ou seja, os afectos depressivos são reconhecidos e associados a uma representação de perda do objecto. A depressão é dominada pelo sentimento de culpabilidade e o temor inconsciente de um castigo.

O duplo movimento pulsional está presente, há uma ligação entre a agressividade e a libido, há ambivalência na relação, a dupla conflitualidade da problemática edipiana, também, está presente – atracção pelo sexo oposto / rivalidade para com o mesmo sexo.

A mãe é vivenciada como intrusiva, persecutória, castradora e dominadora.

Demonstra capacidade de integrar a identificação feminina no seio de uma relação de desejo bem como é capaz de individualizar-se e identificar-se num contexto de rivalidade. Não é capaz de elaborar as solicitações pré-genitais ansiogénicas, neste sentido, a angústia é massiva e destruturante.

Surge, ainda, a dimensão depressiva e abandonica da relação mãe-filho sem desejos de reparação.

Apesar da grande quantidade de precauções verbais (por exemplo, “como é que hei-de...”) usadas na fluidez do discurso, consegue exprimir o conflito pulsional ligado à angústia de separação.

É uma criança com uma identidade suficientemente estável e estruturada que lhe permite suportar a separação com a mãe. Beneficiaria de apoio psicológico no sentido de trabalhar a rivalidade que sente pelos irmãos.

1.3.2.3. Caso Clínico 3

O jovem tem 11 anos, é fruto de uma gravidez não planeada, é o segundo de uma fratria de dois e frequenta o 6ºano de escolaridade. Recorre ao Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência por recusa escolar e dificuldades de socialização.

A mãe tem 47 anos, é operária têxtil, tem a 4ª classe e é saudável. O pai tem 48 anos, é “bate-chapas”, tem a 4ª classe e possui hábitos alcoólicos moderados. O irmão mais

velho tem 26 anos, tem o 9º ano, é técnico da cabovisão e é saudável. Foi criado por uma tia até aos 5 anos. Entrou para a pré-escola com 5-6 anos e teve dificuldades de adaptação tendo sido relatados, nesse período, episódios de vômitos e dores abdominais.

É um jovem introvertido, inibido que apresenta baixa auto-estima, sensibilidade à crítica e dificuldade em socializar-se com os outros.

Os resultados da Escala de Inteligência de Weschsler para crianças (WISC-R) sugerem a existência de um funcionamento intelectual que aponta para o nível médio na parte verbal, para um nível normal brilhante na parte de realização, e na escala completa para um nível médio alto.

Obeve resultados ligeiramente inferiores à média nos sub-testes que remetem para a riqueza e tipo de linguagem (fluidez verbal e aquisição de conhecimentos); adaptação à realidade (ligação à realidade e integração num todo); esquema corporal e estruturação espacial (imagem do corpo, lateralização e motricidade fina).

No entanto, obteve resultados acima da média nas provas que remetem para a compreensão (relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo); percepção e compreensão de situações sociais (captação de sequências causais, adaptação social-prática, adaptação à realidade e capacidade de perceber um objecto no seu conjunto); revelando aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela a adaptação social, o que implica uma boa coordenação perceptivo-motora e um certo controlo na impulsividade.

Da análise do Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) verifica-se que tem capacidade de se situar inteiro face a um objecto inteiro. No entanto, há uma certa ambivalência no reconhecimento da sua actual imaturidade funcional

A identidade parece estável, embora os investimentos libidinais sejam precários, não estabelece laços afectivos entre os personagens.

Os afectos depressivos são reconhecidos, a depressão é dominada por sentimentos de vergonha e inferioridade. O conflito intrapsíquico joga-se na referência a um ideal de Ego Exigente, a perda de objecto é sentida em termos de ferida narcísica. Os objectos não são investidos num movimento relacional objectal, mas sim percebidos como um duplo narcísico, com uma procura permanente de ganhos.

O conflito edipiano é particularmente difícil de elaborar, num primeiro momento há confusão entre os personagens, que são depois englobados numa entidade única. O duplo movimento pulsional de conflitualidade edipiana – atracção pelo sexo oposto / rivalidade com o mesmo sexo – aparece posteriormente na prova de escolhas sob a forma do terceiro excluído.

A relação com a imagem materna aparece de forma muito arcaica, em que a desorganização parcial dá conta da perigosidade da aproximação mãe-filho. Ao mesmo tempo surge, também, o aspecto abandonico e depressivo da relação mãe-criança.

O desejo de tomar o lugar do pai e o desejo concomitante de o matar dominam a cena. O desejo homicida refere-se a um fantasma mais maciço, a agressividade é mobilizada em grandes quantidades.

A desintração pulsional é predominante, as ligações são rompidas e as representações são maciças e cruas. O manuseamento da agressividade deixa de ser negociável e inscreve-se num sistema de funcionamento pré-genital, onde dominam representações de afectos maciços.

Em todo o protocolo do TAT se verifica uma grande ausência de ressonância afectiva, apenas na prancha 8BM ela aparece de forma brutal e aparece, também, bem definida na prova de escolhas, em relação à prancha 4.

O jovem demonstra ser uma criança colaborativa, simpática e que não teve dificuldade em estabelecer uma relação pelo menos no contexto terapêutico. Parece sentir-se ameaçado nas relações mais próximas, de intimidade. É como se a sua integridade psicológica estivesse constantemente ameaçada por essa proximidade, talvez por isso tenha dificuldades de socialização.

No entanto beneficiaria de apoio escolar de forma a colmatar as suas dificuldades a nível da linguagem.

1.3.2.4. Caso Clínico 4

O adolescente tem 15 anos, é o primeiro de uma fratria de dois e frequenta o 7º ano de escolaridade. Recorre ao Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência por dificuldades de aprendizagem, dificuldades de atenção, desmotivação e lentificação.

A mãe, 35 anos, tem o 5º ano (que fez aos 15 anos) é seguida no Serviço de Psiquiatria devido ao “nervosismo”. O pai, 44 anos reside, desde há 3 anos, em Lisboa onde é comerciante. Este tem problemas gastroarticulares (úlceras gástricas) desde os 10 anos de idade. A irmã tem 3 anos e frequenta o infantário.

A mãe é uma figura rejeitante, referindo-se ao filho da seguinte forma: “este é muito atabalhado a falar”, “é uma criança difícil”, “fico doente só de o ouvir falar”. Considera que o mesmo tem “algum atraso ou dificuldades de aprendizagem para a idade que tem”. O pai é uma pessoa muito ausente que só vem a casa aos fins-de-semana, e fala apenas quando é solicitado.

É um jovem que apresenta uma grande insegurança em relação a si próprio, é sensível à crítica e tem muita necessidade de ser reforçado positivamente.

Os resultados da Escala de Inteligência de Weschsler para crianças (WISC-R) sugerem a existência de um funcionamento intelectual que aponta para o nível muito baixo (debilidade mental) na parte verbal e na escala completa e para um nível normal lento na parte de realização.

Obteve resultados muito inferiores à média nos sub-testes que remetem para os conhecimentos gerais (assimilação de experiências, memória a longo prazo, memorização dos dados escolares e socio-culturais); adaptação social; expressão verbal (comunicação ao nível do grupo); compreensão (relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo); conceptualização (capacidade de generalização de pensamento categórico a partir de dados concretos); abstracção; riqueza e tipo de linguagem (compreensão e fluidez verbal); denominação e representação precisa das coisas por palavras (verbalização); expressão verbal; percepção e compreensão de situações sociais (captação de sequências causais); adaptação social (prática e social); adaptação à realidade (organização lógica de uma situação); memória visual imediata (previsão associativa e rapidez motora); capacidade de aprendizagem; memória (por percepções visuais repetidas); concentração (raciocínio e cálculo numérico, manejo automático dos símbolos); representação simbólica e representação mental; juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais (comportamento social aceitável e eficaz); integração das normas parentais e sociais; percepção visual (relações espaciais e coordenação visuo-motora); conceptualização (capacidade de abstracção através da análise e síntese); representação simbólica, estruturação espacial, lateralização e motricidade (manipulação digital habitual e coordenação motora).

Obteve ainda resultados ligeiramente inferiores à média no sub-teste que remete para a atenção concentrada e memória auditiva.

No entanto, revela aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela a adaptação social, o que implica uma boa coordenação perceptivo-motriz e um certo controlo da impulsividade.

Verifica-se ainda uma diferença significativa entre o Q.I verbal e o Q.I de realização o que sugere a existência de capacidades desarmónicas e a possibilidade de existir organicidade.

A avaliação projectiva não foi realizada devido aos resultados obtidos na WISC-R remeterem para um quadro de debilidade mental.

É um adolescente que desiste com muita facilidade expressando a sua incapacidade sem sequer tentar. No entanto, quando reforçado e apoiado ele realiza bem a tarefa. A mãe sendo uma figura rejeitante contribui muito para a desmotivação e desinteresse do mesmo, mas também para o facto deste se sentir muito inseguro em relação a si próprio. A ausência da figura paternal contribui para este sentimento de desvalorização daí que o jovem nem se esforce para fazer as coisas.

É um adolescente com necessidades educativas especiais (NEE) e que beneficiaria de apoio ao nível escolar. Dada a diferença significativa entre os Q.I (verbal e de realização), sugere-se que se faça um despiste ao nível da organicidade.

1.3.2.5. Caso Clínico 5

O jovem tem 12 anos, e frequenta o 7º ano de escolaridade. Recorre ao Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência por dificuldades de aprendizagem e “nervosismo”.

A mãe, 41 anos, tem a 4ª classe, é operária têxtil e tem antecedentes psiquiátricos (quadro depressivo pós-parto com internamento durante 2 meses). Actualmente, é seguida no Serviço de Psiquiatria. O pai 50 anos, tem a 4ª classe, é saudável e encontra-se actualmente desempregado.

O jovem entrou para o infantário aos 6 meses e para a pré-escola aos 3-6 anos com boa adaptação. A professora do P. refere que este não possui regras de estudo, e questiona a possibilidade de existir disortografia e dislexia.

Os resultados da Escala de Inteligência de Weschsler para crianças (WISC-R) sugerem a existência de um funcionamento intelectual que aponta para o nível normal lento na parte verbal e para um nível médio na parte de realização e na escala completa.

Obteve resultados inferiores à média nos sub-testes que remetem para os conhecimentos gerais (assimilação de experiências, memória a longo prazo); memorização dos dados escolares e socioculturais; adaptação social; aquisições escolares; investimento na escolaridade; expressão verbal (comunicação ao nível do grupo); compreensão (relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo); conceptualização (capacidade de generalização de pensamento categórico a partir de dados concretos); abstracção; concentração, raciocínio e calculo numérico (manejo automático de símbolos); representação simbólica (operações mentais a partir de situações concretas representadas por símbolos numéricos); representação mental; atenção concentrada (memória auditiva imediata); adaptação à realidade (integração num todo); esquema corporal (imagem do corpo); estruturação espacial (lateralização e motricidade (manipulação digital mais precisa).

Obteve resultados ligeiramente inferiores à média nos sub-testes que remetem para a riqueza e tipo de linguagem; compreensão e fluidez verbal; denominação e representação das coisas ou palavras; memória; verbalização (denominação precisa das coisas); expressão verbal (linguagem relacional); juízo prático; compreensão e adaptação a situações sociais (comportamento social aceitável e eficaz); integração das normas parentais e sociais; adaptação social (prática e social); adaptação à realidade (organização lógica de uma situação); percepção visual (relações espaciais e coordenação visuo-motora); conceptualização (capacidade de abstracção através da análise e síntese); representação simbólica (esquema espacial abstracto mentalmente decomposto e reestruturado); motricidade (manipulação digital e habitual coordenação motora); memória visual imediata

(precisão associativa e rapidez motora); capacidade de aprendizagem; grafismo; desejo de não falhar e expressão motora.

No entanto revela aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela a adaptação social, o que implica uma boa coordenação perceptivo-motora e um certo controlo da impulsividade.

Verifica-se ainda uma diferença significativa entre o Q.I verbal e o Q.I de realização o que sugere a existência de capacidades desarmónicas e a possibilidade de existir organicidade.

É um adolescente que beneficiaria de apoio escolar de forma a colmatar as suas dificuldades a nível da linguagem.

Os resultados da WISC-R não apontam para a existência de dislexia e disortografia.

É importante despistar a possibilidade de existir lesão orgânica dada a diferença significativa entre os Q.I verbal e de realização

1.3.2.6. Caso Clínico 6

A jovem tem 16 anos, é filha única e frequenta o 10º ano de escolaridade. Recorre pela 1ª vez à consulta de Pedopsiquiatria em Janeiro de 2000 por tentativa de suicídio (por ingestão medicamentosa) tendo sido internada no serviço de Pediatria. Nessa altura, foi-lhe diagnosticado um quadro depressivo reactivo (a J. referiu que se tentou matar porque o pai tinha arranjado uma namorada). Em 2001, é novamente internada na Pediatria por condutas de auto-mutilação (cortou os pulsos).

Actualmente, é seguida no Serviço de Pedopsiquiatria no sentido de melhorar as suas competências de estudo.

O pai, 43 anos, é operário fabril, tem o 12º ano, é saudável e encontra-se a residir na Suíça. A mãe, 45 anos, é auxiliar termal, tem o 7º ano de escolaridade e é saudável. Os pais separaram-se há mais ou menos 12 anos. Actualmente, vive com a mãe e apenas vê o pai nas férias.

É uma adolescente muito insegura e ansiosa que só fala quando solicitada. Revela ter um grande receio de falhar nas tarefas propostas e uma baixa auto-estima. Demonstra, ainda, ter dificuldades de atenção e concentração.

Os resultados da Escala de Inteligência de Weschsler para crianças (WISC-R) apontam para a existência de um funcionamento intelectual de nível médio na escala verbal, na escala de realização e na escala completa.

Obteve resultados muito abaixo da média no sub-teste que remete para a memória visual imediata (previsão associativa, rapidez motora); capacidade de aprendizagem; memória (por percepções visuais repetidas); grafismo; desejo de não falhar e expressão motora.

Obteve resultados abaixo da média nos sub-testes que remetem para a concentração (raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos); representação simbólica; representação mental; riqueza e tipo de linguagem (compreensão e fluidez verbal); denominação e representação das coisas por palavras; memória; verbalização (denominação precisa das coisas); expressão verbal (linguagem relacional); adaptação prática e social (percepção e compreensão de situações sociais, captação de seqüências causais, socialização); e adaptação á realidade (organização lógica de uma situação, integração no todo).

Obteve resultados ligeiramente inferiores à média nos sub-testes que remetem para os conhecimentos gerais (assimilação de experiências, memória a longo prazo); memorização dos dados escolares e socioculturais (adaptação social); aquisições escolares; investimento na escolaridade; expressão verbal (comunicação ao nível do grupo); juízo prático; compreensão e adaptação a situações sociais (comportamento social aceitável e eficaz); integração das normas parentais e sociais; socialização; atenção concentrada (memória auditiva imediata); representação simbólica; memória e agudez visual; ligação à realidade (sentido de observação exacta e adaptação à realidade); percepção visual (relações espaciais, coordenação visuo-motora); conceptualização (capacidade de abstracção através de análise e síntese); representação simbólica; estruturação espacial e lateralização; motricidade (manipulação digital habitual, coordenação motora); e abstracção.

No entanto, obteve resultados acima da média no sub-teste que remete para a compreensão (relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo); capacidade de generalização de pensamento categórico a partir de dados concretos; e abstracção.

Revela, ainda, aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela a adaptação social, o que implica coordenação perceptivo-motriz e controle da impulsividade.

A jovem demonstra ser muito insegura em relação as actividades ou tarefas que lhe são propostas o que gera uma grande ansiedade nela própria. Apresenta, também, uma baixa auto-estima. Beneficiaria de apoio escolar de forma a colmatar as suas dificuldades bem como de apoio psicológico no sentido de promover a sua auto-estima e autoconfiança.

É, ainda, importante despistar a possibilidade de existir ou não lesão orgânica devido ao resultado muito baixo obtido no sub-teste do código na WISC-R.

1.3.2.7. Caso Clínico 7

A criança tem 9 anos, frequenta a 3ª classe e recorre ao Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência por luto patológico devido à morte da mãe.

A mãe, 30 anos, possuía o 6º ano de escolaridade, era costureira tendo falecido por atropelamento. O pai, 38 anos, é jardineiro da função pública, tem o 7º ano de escolaridade e apresenta uma debilidade. Actualmente o pai tem uma companheira.

A criança ficou entregue aos cuidados de uma ama quando tinha 3 meses com boa adaptação. Aos 3 anos de idade, D. ingressou no infantário e aos 5 foi para a escola sem problemas de adaptação.

É um menino que manifesta baixa auto-estima, choro fácil, tristeza profunda, sensibilidade à crítica e intolerância à frustração e consequentemente birras.

O Teste do Desenho Livre sugere para a existência de sinais de depressão, tristeza e desmotivação.

O Teste do Desenho da Família indicia que a figura paterna constitui uma referência para o mesmo. Através do tamanho das figuras desenhadas, sugere-se que a criança apresenta imaturidade e inibição.

Da análise do Teste de Apercepção Temática de Murray (T.A.T) verifica-se que tem capacidade de se situar inteiro face a um objecto inteiro reconhecendo a sua imaturidade actual. Evidencia uma problemática depressiva expressa pela não diferenciação das personagens na prancha 2. A elaboração do conflito edipiano é difícil. Contudo, revela uma identidade estável com capacidade da elaboração da posição depressiva. A dimensão abandonica e depressiva da relação mãe-filho encontra-se presente.

É uma criança que revela capacidades acima da média para a sua faixa etária, no entanto, manifesta dificuldades de atenção e concentração.

Evidencia ter uma identidade estável contudo beneficiaria de apoio psicológico de modo a colmatar e ultrapassar o luto patológico da mãe.

1.4. CONTACTO COM OUTRAS INSTITUIÇÕES

1.4.1. VISITAS

Para além das actividades executadas decorrentes da prática da psicologia, ao longo do estágio curricular foram efectuadas deslocações com o objectivo de conhecer de perto as Instituições que recorrem periodicamente ao serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, bem como perceber o funcionamento das mesmas e a população que abrange. As instituições visitadas foram: o Abrigo de São José no Fundão, a APPACDM do Fundão, a Escola Serra da Gardunha, a Escola Santo António e o Instituto Pina Ferraz em Penamacor.

Foram, também, realizadas intervenções na comunidade nomeadamente uma sessão de formação subordinada ao tema “Desporto e Auto-estima” para alunos da Escola Quinta Das Palmeiras (cf. Anexo 3).

1.4.2. ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO

No decurso do estágio curricular realizaram-se diversas formações internas, contínuas, que decorriam à segunda-feira. Estas formações baseiam-se na apresentação de temas no âmbito clínico e de interesse para a equipa. A escolha dos temas ocorre de acordo com as áreas de formação de cada elemento da equipa.

Quadro 2 – Formações

| PROBLEMÁTICA | DATA FORMAÇÃO |
|--|----------------------|
| Mutismo | 27-01-2003 |
| Ansiedade e fobias | 21-04-2003 |
| Inibição e Angústia | 21-04-2003 |
| Perturbação de Tiques | 04-11-2002 |
| Animação Cultural no Contexto Hospitalar | 18-11-2002 |
| Alcoolismo na Adolescência | 18-11-2002 |
| Enquadramento Legal da Lei de Protecção de Crianças e Jovens | 25-11-2002 |
| Terapia Ocupacional na Pedopsiquiatria | 10-02-2003 |
| Escala de <i>Reynell</i> e Escala de Comunicação não verbal | 17-02-2003 |
| Provas Projectivas: C.A.T e T.A.T | 10-03-2003 |
| Relaxamento | 17-03-2003 |
| Autismo infantil | 24-03-2003 |
| Animação sócio-cultural no hospital | 11-11-2002 |
| Casos clínicos | 31-03-2003 |
| Psicologia da Saúde | 14-04-2003 |
| Relação terapêutica com o adolescente | 12-05-2003 |
| Avaliação em Terapia Ocupacional | 05-05-2003 |
| Maus-Tratos | 07-04-2003 |
| Afásias | 26-05-2003 |
| Desenvolvimento na perspectiva psicanalítica | 09-06-2003 |
| Terapia das Dislexias | 09-06-2003 |

Como formadora, apresentamos a problemática da depressão infantil e um caso clínico no âmbito da Depressão (cf. Anexos 4 e 5).

1.5. ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO

Todo e qualquer psicólogo baseia a sua acção no esforço contínuo da actualização do seu conhecimento tendo em consideração as limitações implícitas à mesma. Toda a acção deve ser fundamentada na consciência das suas competências específicas exigidas para trabalhar com grupos de pessoas com características próprias, como idade, sexo, etnia, religião, orientação sexual entre outras. O psicólogo deve manter-se informado dos desenvolvimentos científicos e profissionais das suas áreas de trabalho, reconhecendo a necessidade de complementar a sua formação. Neste sentido, o psicólogo deve adoptar estratégias de actuação actualizadas e direccionadas para a população alvo.

As competências pessoais do psicólogo clínico assentam no desempenho de actividades relevantes, tais como, realização de entrevistas; avaliações/provas psicológicas de carácter quantitativo (de nível) e qualitativo (projectiva) através da aplicação de testes; elaboração de relatórios e comunicação de resultados às pessoas avaliadas e a outros interessados.

A entrevista psicológica serve, sobretudo, para perceber o funcionamento do entrevistado, as suas razões e motivações. É a partir desta compreensão que se pode proceder às avaliações e diagnósticos que determinaram a própria existência da entrevista. O suporte de sustentação de toda a comunicação neste tipo de entrevista é a relação de confiança que se estabelece. Daí que as entrevistas clínicas exijam da parte do psicólogo um trabalho cuidado, muito mais em termos da relação do que em termos da quantidade de informação colectada.

Os objectivos da entrevista são os mesmos seja qual for a faixa etária: estabelecer uma relação, fazer um diagnóstico e compreender a etiologia e o contexto do problema. No entanto, a natureza da entrevista varia de acordo com a idade. Uma criança pode não compreender a pergunta ou não ser capaz de se exprimir. A variedade das perturbações que se procura identificar, e conseqüentemente o diagnóstico, é diferente. São os pais quem determinam quando e como a criança se apresenta. Na infância, os factores familiares contribuem para muitas perturbações e daí dar-se mais atenção à família.

Assim, a entrevista psicológica às crianças tem várias características: a) os pais estão presentes e por vezes são entrevistados para se estabelecer a história; b) o psicólogo deve ser capaz de acompanhar a criança; c) a avaliação inicia-se com uma brincadeira e um diálogo não ameaçador para captar confiança; d) muita informação é fornecida pelo aspecto e comportamento da criança; e) são necessárias diversas sessões para realizar um diagnóstico.

As técnicas e métodos terapêuticos que se utilizam no campo da infância e adolescência diferem, naturalmente, de caso para caso, consoante as características e a gravidade das manifestações patológicas. No entanto, a intervenção psicoterapêutica realizada pelo psicólogo deve ter por objectivo alterar o contexto das manifestações emocionais, através da expressão livre dos pensamentos e sentimentos das crianças, em entrevistas do tipo lúdico.

A avaliação psicológica através do recurso aos testes implica saber lidar com os problemas, dificuldades e situações inesperadas que advém da aplicação dos mesmos. Assim, o psicólogo deve responsabilizar-se pela escolha dos testes uma vez que deve saber responder às dúvidas do indivíduo a avaliar bem como a quaisquer conseqüências imprevistas durante a sua aplicação.

É fundamental que o psicólogo se mantenha actualizado relativamente às mudanças e aperfeiçoamentos teóricos e técnicos nos testes que utiliza, e ao desenvolvimento dos testes em geral.

O psicólogo clínico deve manter uma interacção com terceiros (pais, professores, responsáveis de organizações e outros técnicos) comunicando de forma clara e acessível.

O psicólogo clínico é antes de mais um profissional que no exercício das suas funções se submete a um conjunto de normas que devem espelhar o seu posicionamento ético, o código deontológico do grupo profissional, e as regras, procedimentos e técnicas do quadro teórico que partilha (Leal, 2000), porque quem procura o psicólogo é alguém fragilizado ou em situação de crise, daí a responsabilidade que o mesmo assume na relação com o outro.

CAPÍTULO II - DEPRESSÃO

2.1. DEFINIÇÃO DE DEPRESSÃO

A definição da depressão encerra em si uma grande ambiguidade. Esta indefinição terminológica resulta, essencialmente, da sua complexidade e da aplicação do conceito em sentido mais ou menos restrito ou mais ou menos amplo.

Segundo Soares (2000) a definição do conceito depressão tem sido alvo de diferentes entendimentos nosológicos e etiológicos ao longo de décadas de estudo, e que do ponto de vista científico, apresenta ainda inúmeras incertezas.

A depressão, conhecida classicamente pela designação de melancolia, constitui uma das formas clínicas psiquiátricas mais comuns e é, actualmente, a de mais larga difusão em todos os povos e etnias (Fernandes da Fonseca, 1997).

Foi no século V a.C. que Hipócrates criou o termo melancolia, que significa “bílis negra”. Segundo este autor, seria um excesso de bílis negra invadindo o sangue, que agiria sobre o corpo e a alma do doente para criar um estado caracterizado pela tristeza e pelo abatimento.

No sentido psiquiátrico propriamente dito, segundo Fernandes da Fonseca (1997), a depressão significa a perda ou o abaixamento da iniciativa e da capacidade vital, instalando-se no indivíduo um certo grau de desespero, que assenta sobre um sentimento de culpabilidade, e que lhe faz perder o prazer de usufruir a própria vida.

A depressão é um estado mental mórbido que se caracteriza por dor moral, pessimismo, inibição psíquica, abulia, desencorajamento, lassidez e fatigabilidade, e se acompanha, em geral, de ansiedade mais ou menos acentuada. (Athayde, 1976).

A depressão é um estado de ânimo caracterizado por sentimentos de tristeza, desencanto, disforia ou desespero.

O termo depressão pode ser usado para referir estados normais ou estados patológicos, definir o humor em si como um fenómeno único, elementar, ou estados que englobam o humor e os seus acompanhantes biológicos, cognitivos e comportamentais, e ainda para caracterizar um estado, um traço ou uma reacção (Angold, 1988).

A depressão pode ser entendida como perturbação do humor, distúrbio da disposição ou desordem afectiva (DSM-IV-TR, 2002; ICD-10, 1996; Joyce-Moniz, 1993).

De acordo com Vaz Serra (1990, p. 12) “uma depressão pode ser definida como uma situação clínica, que surge do entrecruzamento de factores predisponentes e precipitantes e se caracteriza por uma alteração duradoura do estado de humor, que se acompanha de uma modificação das perspectivas pessoais e de importantes funções biológicas do indivíduo. Os predisponentes referem-se às circunstâncias de natureza genética ou psicológica, que propiciam a que uma pessoa venha a apresentar uma depressão. Os precipitantes correspondem às circunstâncias do meio ambiente, que são susceptíveis de activarem as vulnerabilidades genéticas ou psicológicas que o indivíduo apresenta”.

Na perspectiva de Barreto (1973) o termo depressão pode designar uma doença, síndrome ou inclusivamente, um simples estado afectivo – a tristeza.

Ainda segundo o mesmo autor, a depressão como quadro clínico, refere-se a um conjunto de sintomas e sinais com uma génese comum, que constituiu uma vertente importante do quadro clínico de diversas doenças.

Bleichman (1983) considera que se deve falar em depressões em vez de depressão.

Para Lewin (1961) o termo depressão aplica-se predominantemente a um conjunto que inclui elementos como a agressão contra si próprio, a regressão oral narcisista, a tensão entre o Ego¹ e o Superego², etc. Usa-se, também, para rotular um determinado sofrimento psiquiátrico. Ainda segundo este autor, o conceito de depressão emprega-se para indicar um sentimento elementar de tristeza que aparece, inclusive, nas pessoas normais. Na opinião de Lewin, deve considerar-se a depressão como um sinal de conflito da personalidade.

Bibring (1959, p. 45) define a depressão como o “correlativo emocional de um colapso parcial ou completo da auto-estima do Eu, uma vez que se sente incapaz de viver à altura das suas aspirações (Eu ideal, Supereu) enquanto estas são fortemente mantidas”. Assim, a depressão representa um estado afectivo que indica um estado do Eu em termos de desamparo e inibições de funções. Neste sentido, para Bibring (1959, p.45) define a “depressão é um fenómeno do Eu, essencialmente independente das suas vicissitudes da agressão”. Vários autores (Gero e cols., 1946) referem que a depressão é uma reacção de emergência face a uma situação crítica que o indivíduo atravessa.

A depressão, segundo Grimberg (2000), designa habitualmente um conjunto de afectos dolorosos e ideias concomitantes com que o indivíduo responde a experiências de

¹ Ego – Na teoria psicanalítica, eu. Termo utilizado por Freud na sua teoria da estrutura mental. O ego corresponderia à mente consciente e, quando se desenvolve, a criança aprende a confrontar-se com o mundo real.

² Super Ego – Termo procedente da psicanálise, segundo o qual a partir dos 5 anos o ego de uma criança reconhece as exigências de uma “voz de consciência” que o obriga a controlar-se através da interiorização das normas morais e dos valores dos pais e da cultura.

perda ou ao fracasso de certas aspirações e está estritamente ligada ao conceito de luto, e faz parte do processo psicopatológico que ocorre no indivíduo como consequência da perda de um objecto querido.

De acordo com Grimberg (2000), a depressão não é constituída por um só afecto, mas abarca um conjunto de manifestações dolorosas complexas, desencadeadas pelo significado que a experiência de perda pode ter para cada indivíduo. Qualquer perda, tanto de um objecto como de aspectos egóicos, pode acarretar o sentimento de que o desejo de recuperação é irrealizável. Este sentimento depressivo dá lugar ao fracasso do amor para consigo mesmo, o amor narcisista, que é acompanhado de sentimentos de carência, desamparo, diminuição da auto-estima.

Coimbra de Matos (2001) define depressão como sendo a perda/abaixamento da pressão anímica, e que se traduz por diminuição da energia psíquica e vital da líbido, da motivação e do interesse pelo real. Este autor refere que a investigação clínica sobre a depressão relaciona-se com duas dúvidas e interrogações subsequentes sobre a natureza e a qualidade da perda que origina o fenómeno depressivo. A primeira diz respeito à natureza da perda, e neste âmbito, a pesquisa epidemiológica demonstrou que o que se encontra na história dos doentes com depressão não é a perda de objectos (pessoas) significativos, mas sim o ambiente familiar disfuncional e conflituoso com perda ou retirada do afecto pelo sujeito por parte dos objectos significativos; é a perda do amor das pessoas e não a perda das pessoas. A segunda relaciona-se com a qualidade da perda: na depressão propriamente dita, a qualidade da perda, o afecto que o indivíduo perdeu, foi o amor verdadeiramente dito, o amor dedicado, generoso e oblato.

Segundo Teixeira e Branco (1989), a depressão é um estado de elevada complexidade, sendo possível a detecção de diversas componentes como a ansiedade, a agitação, a preocupação, a dor mental e sentimentos de culpa, implicando uma vivência forte e contínua de infelicidade, onde o passado se imobiliza geralmente sob a forma de vivências de culpabilidade, onde o presente é rejeitado por ideias de indignidade e de ruína e onde o futuro se encontra completamente bloqueado devido a ideias de catástrofe eminente.

Teixeira e Resende (1985) referem que todo o ser humano, numa ou noutra fase da sua existência, é invadido por sentimentos de depressão.

Na perspectiva de Blazer (1992), a depressão pode ser analisada segundo três ópticas distintas: pode ser encarada como um fenómeno unitário que vai variando em termos de intensidade e onde as suas manifestações formam um *continuum* entre extremos que podem ser aguda e crónica, ligeira e severa. Pode, assim, ser referenciada de um modo muito mais categórico, que está de acordo com o modelo tradicional, onde os distúrbios afectivos são considerados como um grupo de entidades distintas ou síndromes independentes, em que uma das categorias é exclusiva relativamente às outras; e pode

ainda ser encarada numa dimensão funcional em que, quando a função está prejudicada e, sobretudo, o desempenho de papéis de responsabilidade deixa de poder ocorrer, os sintomas depressivos assumem uma conotação de severidade.

Blazer (1992) define, assim, um complexo modelo com os componentes da etiologia das depressões. Desse modelo constam: (1) Factores de intervenção e desenvolvimentais, interacções prévias pessoa-ambiente e predisposições genéticas à depressão; (2) Factores de referência, que incluem os fracos recursos económicos e a idade; (3) Factores ambientais relativas ao aumento do stress social e à diminuição dos apoios sociais; (4) Factores de saúde física referentes à diminuição da saúde física; (5) Factores psíquicos inconscientes que são o bloqueamento de impulsos agressivos, afecto deprimido, diminuição da consciência perceptiva do ambiente e as perturbações da memória; (6) Factores psíquicos conscientes, estilos de personalidade narcísicos, dependentes e ambivalentes, sentimentos de depressão, culpabilidade, rancor e pensamento ruminante; (7) Factores do self, com uma fraca auto-imagem e bloqueamento das tendências sociais e (8) Factores comportamentais relativos ao comportamento depressivo.

A idade é inegável como um factor de influência patoplástica. A depressão na criança, no adolescente, no adulto ou no indivíduo da terceira idade não se exprime de igual forma.

Relativamente ao sexo, Vaz Serra (1973/1994) verificou que o sentimento de culpabilidade a insatisfação e os desejos suicidas se realçavam mais nos homens enquanto, que a tristeza, o choro, a falta de energia, as variações de peso e o pessimismo eram mais proeminentes nas mulheres.

Vaz Serra (1994) comprovou, ainda, que as mulheres têm uma tendência maior do que os homens a apresentarem sintomas tais como o choro, a tristeza, a falta de energia e as variações de peso.

2.1.1. SINTOMAS

De acordo com Watts (1996) e Rehm (1988) vários estudos têm chamado a atenção para a existência de um conjunto de manifestações que, quando ocorrem, tornam um indivíduo suspeito de estar a desenvolver um quadro depressivo (Quadro 3).

Quadro 3 – Sintomas da Depressão

| Autores e Data | Sintomas |
|-----------------------------|---|
| Watts (1996) Rehm (1988) | Quebra de energia sem razão orgânica aparente, variação do estado de humor, alterações do apetite nutricional ou do peso, perturbações de natureza sexual, dificuldade no trabalho (diminuição da produtividade; aumento do esforço; fatigabilidade e falta de motivação), perda da alegria de viver, ameaças e tentativas de suicídio. |
| Kivela & Pahakala (1989) | perturbações do sono, cansaço, perda de interesse, humor depressivo, perda de actividade, dores, pessimismo e sentimentos de inutilidade. |

| | |
|---------------------------|---|
| Marcelli (2002) | Tristeza Vital, anedonia ⁵ , desinteresse, alterações do sono (insónia inicial ⁶ , insónia intermédia ⁷ e insónia tardia ⁸), sentimento de inutilidade, baixa auto estima, pessimismo, sentimentos de cansaço de viver, desejo de morrer e tentativa de suicídio |
| (Dell'Aglio & Hutz, 2004) | A perda de energia (cansaço geral e lassidão), ideação suicida, alterações no apetite (diminuição ou aumento), |
| Grove (1987) | Perda de energia, alterações dos padrões de sono (tempo e qualidade), conduta auto-agressiva |
| ICD 10 (1996) | Ansiedade, angústia, tristeza, "inquietação interior", somatização (palpitações; sudorese; cefaleias de tensão; tensão muscular, etc.), |
| Widlocher (2001) | Tristeza, remorsos, nostalgia em relação ao passado, desinteresse face ao futuro, desvalorização, sentimento de incapacidade, anestesia afectiva, lentificação motora e das ideias (lentidão do fluxo associativo ⁹), desmotivação |

2.1.2. TIPOLOGIA

A distinção entre vários tipos de depressão e as controvérsias decorrentes da validade ou da utilidade destas distinções dão origem a literatura contraditória e confusa.

Montgomery (1979) faz a distinção entre depressão psicótica e depressão neurótica. Para este autor, a depressão psicótica consiste numa depressão endógena, vital, melancólica e nuclear, enquanto que a depressão neurótica é uma depressão reactiva, ansiosa ou depressão numa personalidade perturbada.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais Revisto (DSM-IV-TR) inclui nas perturbações depressivas, três categorias: a depressão major; a distímia e a perturbação depressiva sem outra especificação.

A Perturbação Depressiva Major é caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major, isto é, pelo menos duas semanas de humor depressivo, ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais da depressão.

A Perturbação Depressiva Major pode definir-se como a perturbação com episódios de humor intensamente depressivo, que dão lugar a perda da capacidade para sentir prazer e interesse pelas actividades quotidianas.

A depressão major é uma perturbação episódica e mais grave que a distímia na medida em que nalgumas ocasiões podem cursar sintomas psicóticos (depressão com sintomas psicóticos), embora as ideias delirantes e as alucinações sejam pouco frequentes.

A Distímia é caracterizada pelo menos por dois anos de humor depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhada por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios do Episódio Depressivo Major.

⁵ Anedonia – Perda da Capacidade de sentir e experimentar prazer, interesse, felicidade e bem-estar.

⁶ Insónia Inicial – Dificuldade em adormecer.

⁷ Insónia intermédia – O despertar após algumas horas.

⁸ Insónia tardia – Despertar prematuramente.

⁹ Lentidão do Fluxo Associativo – o pensamento arrasta-se não existindo vivacidade nem renovação. Os temas são repetitivos e o individuo tem impressão de uma "ruminação" mental improdutiva.

A Perturbação Dístímica compreende uma depressão leve com um período de episódios discretos. Na Distímia, existe um acontecimento precipitante claro e identificável que desencadeia os sintomas depressivos, os quais remitem com o passar do tempo.

A Perturbação Dístímica é crónica, menos grave, e nunca se acompanha de sintomas psicóticos.

A Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação é incluída para codificar as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios para Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica, entre outras.

2.1.3. MODELOS EXPLICATIVOS

Segundo Gouveia (1990, p. 48) “o aumento da investigação laboratorial e clínica sobre fenómenos depressivos, resultou na elaboração de vários modelos teóricos para a conceptualização e tratamento da depressão. Por sua vez, estes modelos estimularam o interesse de numerosos investigadores no estudo experimental das hipóteses teóricas, criando assim uma produtiva interacção entre investigação dos processos básicos e investigação clínica, que conduziram a novos desenvolvimentos desses modelos teóricos”.

Gouveia (1990) refere que a década de 70 constitui um importante ponto de mudança para os estudiosos da depressão, no sentido em que surge uma viragem relevante neste domínio. Esta viragem conduziu a uma transição de uma óptica comportamental clássica para outra em que surge uma perspectiva de mediação cognitiva, onde os factores desta natureza são enfatizados no tratamento de perturbações cuja tónica é a ansiedade.

De acordo com Guz (1990) existem vários modelos explicativos da depressão que podem ser alinhados em três grupos: o modelo bioquímico, o modelo psicológico e o modelo sociológico.

2.1.4.1. Modelo Bioquímico

Seja por origem preponderantemente genética, ambiental ou por acção conjunta de ambas, a via que conduz aos distúrbios depressivos, no seu mais amplo sentido, deve ser o de uma alteração nas condições electroquímicas basais do Sistema Nervoso Central, responsáveis pelo equilíbrio afectivo humano (Martínez & Meneghello, 2000).

A mais antiga hipótese bioquímica da depressão remonta à clássica medicina Grega, segundo a qual um transtorno funcional do fígado seria a causa dessa disforia. O aumento da bília negra com as suas toxinas provocaria a melancolia.

Actualmente, a hipótese bioquímica da depressão que goza de maior prestígio entre psiquiatras ligados a um ramo específico da psiquiatria – psiquiatria biológica – é a que aponta como agente responsável pela depressão uma diminuição do sódio (Na) no Sistema Nervoso Central (Fernandes, 2000).

A justificativa para estabelecer uma possível inter-relação entre síndromas depressivos e distúrbios endócrinos, apoia-se na observação médica, que alguns dos sintomas e sinais dos distúrbios depressivos são encontrados nos quadros clínicos subsequentes a uma disfunção hipotalâmica.

2.1.4.2. Modelo Psicológico

Os modelos teóricos que abordam a depressão como uma patogenia do foro psíquico são: o modelo psicodinâmico e o modelo cognitivo-comportamental.

As concepções psicodinâmicas sobre a patogénese da depressão apoiam-se nas inter-relações que os seus defensores afirmam existir entre a constituição, instintos, desenvolvimento psico-sexual e mecanismos psíquicos de defesa dos indivíduos.

A depressão, segundo a psicanálise, encontra-se associada aos portadores de constituição ambivalente. São pessoas que convivem com sentimentos contraditórios, como amor e o ódio, ou o querer e não querer. É o tipo de constituição que mais predispõe a aquisição das patologias depressivas.

Freud utilizou a expressão “instinto” para caracterizar os impulsos natos básicos dos seres humanos. O instinto da agressividade, por exemplo, desempenha um papel proeminente na patogenia da depressão.

Relativamente às etapas do desenvolvimento psicosexual do homem, nos indivíduos com síndrome depressivo, existiria uma fixação na fase oral.

O psiquismo é composto de três instâncias fundamentais: o id, o ego e o superego. Na depressão, o ego, através dos mecanismos de defesa, incorpora, introjecta ou devora o objecto amado, real ou imaginariamente perdido, enquanto que no indivíduo normal, o ego separa-se do objecto introjectado através de recordações.

Nos indivíduos com uma constituição ambivalente, dotados de fortes instintos de agressividade, com uma fixação na fase oral, o devoramento do objecto perdido é feito com sentimentos de amor e ódio misturados. Nessas condições, o instinto de agressividade, em lugar de se dirigir para fora do sujeito, volta-se contra ele, numa tentativa de destruir o objecto introjectado. Esta acção destrutiva é experimentada com falta de apetite, insónia e demais manifestações sintomáticas dos que sofrem o distúrbio depressivo.

No entanto, o modelo psicodinâmico não conseguiu, até ao momento, uma confirmação pela investigação executada de acordo com as exigências da metodologia científica.

Outro modelo que procura explicar a depressão através de uma patogenia psíquica é o que, actualmente, se denomina por modelo cognitivo-comportamental.

Este modelo na sua vertente comportamental sustenta a perspectiva de que os distúrbios depressivos são consequência directa de uma aprendizagem defeituosa.

Skinner (1945, citado por Fernandes, 2000) interpretou a depressão como sendo consequência da interrupção de comportamentos que, até aí, eram mantidos por reforços sociais positivos (processo de extinção) e que procede a uma primeira análise funcional da depressão. Neste sentido, e embora as concepções fossem distintas, existiria um quadro dominado por um ciclo vicioso, em que a ausência de reforço positivo é origem da diminuição de comportamentos operantes, a qual, por sua vez, desencadeia menor número e intensidade de comportamentos positivos, surgindo daqui a depressão.

O modelo cognitivo oferece uma hipótese acerca da predisposição e aparecimento da depressão. A teoria propõe que algumas experiências temporárias proporcionam a base para formar esquemas negativos sobre si próprio, o futuro e o mundo. Estes esquemas negativos podem permanecer latentes e serem activados por determinadas circunstâncias, análogas às experiências inicialmente responsáveis pela formação das atitudes negativas.

Assim, a depressão pode ser desencadeada por uma anormalidade ou uma enfermidade física que activa a crença latente num indivíduo que se julga predestinado a uma vida de sofrimento (sujeito depressivo). As situações desagradáveis da vida – inclusive as adversas – não conduzem necessariamente a uma depressão, a não ser que o indivíduo esteja especialmente sensibilizado a um tipo concreto de situação, devido à natureza da sua organização cognitiva.

Como resposta às situações traumatizantes, o indivíduo manteria os seus interesses por outros aspectos não traumáticos da sua vida, valorizando-os de forma realista. Pelo contrário, o pensamento do indivíduo com tendência para a depressão aparece bastante constrangido, desenvolvendo ideias negativas acerca de todos os aspectos da sua vida.

Neste sentido, existiria uma considerável evidência empírica a favor do modelo cognitivo da depressão de Beck, na medida em que a revisão dos dados obtidos em observações clínicas e experimentais demonstram e apoiam a presença e inter-relação dos componentes da “tríade cognitiva” na depressão (Beck & Rush, 1978).

Esta “revolução cognitivista” leva a que, na área da depressão, sejam retomados estudos de Beck até aí pouco conhecidos. É Beck (1979) que ajuda neste “renascimento” apresentando um modelo terapêutico bem estruturado, incluindo um estudo relativo entre técnicas cognitivas e técnicas comportamentais.

O modelo cognitivo de Beck levanta a hipótese de que as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados pela percepção dos eventos (Beck, 1964; Ellis, 1962).

Beck (1978, citado por Vaz Serra, 1989, p.34), refere que existem várias condições predisponentes da depressão. São eles: a sensibilização a certos tipos desfavorecidos de condições de vida decorrentes, por exemplo, da perda de alguém importante, a sobre-reacção a condições análogas de experiências prévias traumáticas, desempenhos que não atingem os objectivos demasiado altos sistematicamente estabelecidos para as realizações,

o afastamento gradual do objecto de alguém significativo, e a insatisfação progressiva com a sua execução.

O indivíduo predisposto à depressão dá, de acordo com o seu esquema cognitivo, um significado específico à perda que lhe ocorre. Deste modo, entre um acontecimento e uma resposta emocional consequente, intervém uma cognição ou pensamento automático que vai determinar o aspecto que daí resulta.

A teoria de Beck postula que as experiências prévias que um indivíduo atravessa são a base que pode conduzir à formação de conceitos negativos, constituídos em esquemas, que podem manter-se latentes, mas têm possibilidade de serem activados em circunstâncias específicas, semelhantes às experiências inicialmente responsáveis pela sua constituição. Gouveia (1990) refere que, segundo o modelo de Beck, a depressão é tida como resultante da actividade de esquemas depressogénicos por acontecimentos negativos. Uma vez activados esses esquemas vão originar erros no processamento da informação e conceptualizações negativas da experiência, originando uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro (tríade cognitiva negativa) que seria responsável pelos outros fenómenos depressivos (Gouveia, 1990).

Deste modo, podemos referir que o modelo cognitivo da depressão de Beck postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva; os esquemas; os erros cognitivos (erros de processamento da informação).

Quadro 4 – Modelo Cognitivo da Depressão de Beck

| | |
|--------------------------------------|--|
| Tríade Cognitiva | Visão negativa do indivíduo acerca de si mesmo, do seu futuro/mundo e das experiências |
| Esquemas | Transforma os dados em cognições, ou seja, categoriza e avalia as experiências do indivíduo por intermédio de uma matriz de esquemas. Estes esquemas activados determinam comportamento do sujeito |
| Erros de Processamento da Informação | <p><u>Inferência arbitrária</u> - processo de chegar a conclusões sem suporte empírico ou, mesmo, contrariando as evidências empíricas</p> <p><u>Abstracção selectiva</u> - processo de abstracção de um detalhe de um contexto mais vasto esquecendo outros detalhes mais relevantes</p> <p><u>Sobregeneralização</u> caracteriza um processo de chegar a conclusões gerais a partir de um acontecimento isolado</p> <p><u>Magnificação ou minimização</u> diz respeito aos erros que se operam em virtude de uma avaliação exageradamente desvalorizadora ou de uma sobrevalorização dos eventos</p> <p><u>Pensamento dicotómico</u> caracteriza-se pela avaliação das experiências em categorias opostas, esquecendo que essas experiências podem assumir valores intermédios</p> |

Neste sentido, e pela análise do modelo de Beck, pode concluir-se que se deve buscar o principal foco da patologia depressiva no modo peculiar que tem o indivíduo de ver-se a si próprio, às suas experiências e ao seu futuro (a tríade cognitiva na sua forma idiossincrática de processar a informação - inferência arbitrária, recurso subjectivo etc.).

Pode postular-se que as construções negativas que o indivíduo faz da realidade constituem o primeiro escalão na cadeia dos sintomas (Beck, 1979).

2.1.4.3. Modelo Social

De acordo com Guz (1990), a psicologia social investiga o comportamento das pessoas vivendo em grupo e estabelecendo acções recíprocas entre si.

Como refere Bandura (1977), a conduta de uma pessoa influi sobre os outros indivíduos, cuja acções, por sua vez, influem sobre a pessoa. Pode suceder que uma pessoa que se encontre na fase inicial da depressão se afaste de algumas pessoas significativas e relevantes para ela. Ofendidas, estas pessoas significativas poderiam responder com críticas que, por sua vez, activariam e agravariam a autocrítica do próprio indivíduo. Os esquemas negativos resultantes conduzem o indivíduo a um maior isolamento. Este círculo vicioso pode permanecer até que o sujeito deprimido receba intenções de ajuda e mostras de carinho e afecto por parte dos outros.

Uma relação interpessoal harmoniosa, pelo contrário, pode actuar como apaziguador do desenvolvimento de uma depressão incipiente. Um sistema de apoio social solido pode servir para proporcionar mostras de aceitação, respeito e afecto que neutralizam a tendência do paciente para subestimar-se. E mais, o tratamento do sujeito depressivo pode ser beneficiado em grande medida quando se conta com um familiar ou amigo que sirva como representação da realidade social, para ajudar o indivíduo a submeter à prova a validade dos seus pensamentos negativos. Pode dizer-se que algumas depressões melhoram a largos passos, de acordo com as influências ambientais favoráveis.

Em síntese, a depressão conhecida classicamente pela designação de “melancolia”, constitui uma das formas clínicas mais comuns e, actualmente, a de mais larga difusão em todos os povos e etnias. Do ponto de vista da sua evolução, a depressão pode classificar-se em várias formas.

Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza e vazio, muitos referem como sintoma principal a perda da capacidade de experimentar prazer nas actividades em geral, e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga e perda de energia.

No modelo cognitivo da depressão, a anormalidade central consiste nas suposições disfuncionais e pensamentos negativos que conduzem a um ciclo vicioso de humor deprimido e a mais pensamentos negativos.

2.2. A DEPRESSÃO INFANTO-JUVENIL

Embora durante muito tempo em psiquiatria e psicologia dominasse a ideia de que não existia depressão na criança devido às suas capacidades cognitivas pouco desenvolvidas, actualmente raros são os que questionam a existência de distúrbios depressivos na criança. Por muitas décadas, os estados depressivos foram considerados raros e mesmo inexistentes. Contudo, hoje a patologia depressiva na criança é reconhecida e cada vez mais frequente na prática clínica (Cordeiro, 2002).

Abraham (1912) associou a depressão à perda do objecto amado, o que conduzia a sentimentos de culpa e melancolia. Freud associou este transtorno a sentimentos ambivalentes pelo objecto. Esta forma de pensamento altera-se a partir dos anos 70 quando a significância dos quadros depressivos na psicopatologia da infância e da adolescência se torna pertinente (Weller & Weller, 1991).

Em 1970, começaram a publicar-se investigações empíricas acerca da depressão infantil o que realçou a importância do seu estudo.

Pozanski & Zrull (1970) foram dos autores que mais se destacaram no estudo da depressão em crianças, tendo realizado um estudo que demonstrou a existência do transtorno depressivo nas crianças. Examinaram uma amostra de 178 crianças de 3 aos 12 anos, e verificaram que 98 dos casos evidenciavam sintomas como tristeza, infelicidade, aparência depressiva, expressão de sentimentos “não sou amado”; “não sou capaz”, pobre auto-estima. Pozanski (1982) referiu que as expressões não verbais podem ser observadas em lugar das verbais, na medida em que ao examinar-se a criança, nem sempre encontramos de modo fácil sintomas que descrevem o seu estado interno.

Cantwell (1987) distingue quatro correntes de pensamento que foram dominantes em distintos períodos ao longo da história da depressão infantil. A teoria psicanalítica que sustenta que a depressão como síndrome clínico não surge nas crianças antes da puberdade. Os autores da orientação psicanalítica defendem este ponto de vista e conceptualizam a depressão como uma consequência do desvio da agressividade para o próprio indivíduo por influência de um superego forte. A síndrome depressiva não poderia ocorrer na infância, porque o superego não está ainda formado neste período.

A segunda orientação, representada por autores como Cantwell (1977) e Kovacs (1983), postula que a depressão como síndrome clínica existe na infância. Está composta por indicadores da depressão no adulto e por um conjunto de sintomas únicos. Esta teoria aceita que, da mesma forma que no adulto, existem sintomas considerados nucleares na depressão infanto-juvenil. São eles: a disforia, anedonia e sintomas somáticos.

A terceira orientação argumenta que a depressão nas crianças /adolescentes surge de forma distinta da do adulto. Postula o conceito de “depressão mascarada” ou “equivalente depressivo”: em que os sintomas únicos e excepcionais “mascarariam” as características essenciais do transtorno depressivo na criança (por exemplo, a ausência de um estado de ânimo disfórico não impede o diagnóstico do transtorno depressivo na criança,

já que a conduta manifesta como enurese, queixas somáticas explicam o transtorno depressivo subjacente). Autores representativos desta orientação são Toolan (1962) e Glasser (1968).

A quarta orientação postula que a depressão infanto-juvenil existe e deveria diagnosticar-se com maior frequência. O principal reflexo desta tendência está associado às pequenas modificações no diagnóstico da depressão na criança e adolescente.

Apesar das dificuldades que surgiram ao longo da história, hoje em dia considera-se que a depressão infanto-juvenil existe e é análoga à depressão no adulto, no que diz respeito aos critérios essenciais de diagnóstico.

A depressão na infância e adolescência é frequentemente diagnosticada na prática clínica psiquiátrica. Estudos epidemiológicos levados a cabo nos EUA demonstram a sua incidência crescente da idade pré-escolar até à adolescência, o que é evidenciado também em estudos portugueses (Coelho, Martins & Barros, 2002).

Dados de numerosos estudos epidemiológicos recentes (Marcelli, 2002; Laufer, 2000; Braconnier & Marcelli, 2000) têm demonstrado que esses distúrbios ocorrem com uma frequência crescente à medida que as crianças crescem em idade. Assim, no que se refere a distúrbios graves de depressão (depressão major), a taxa de prevalência pode ir desde 1% em idade pré-escolar, até 2% em idade escolar e alcança cerca de 5% na adolescência (Essau & Peterman, 1997).

A depressão em crianças e adolescentes constitui uma das formas de psicopatologia mais grave, uma preocupação significativa no domínio da saúde mental, e tem sido objecto de intensa investigação nas últimas duas décadas (Simões, 1999).

O transtorno depressivo infanto-juvenil é um transtorno de humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir com o seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações da depressão infanto-juvenil e dos adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que ocorre na infância e adolescência. Apesar da importância da depressão na infância e adolescência pela sua relação com o suicídio, com as dificuldades na escola, com o trabalho e na vida pessoal, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras, e nem adequadamente diagnosticado (Fonseca, 2001; Ferreira & Rebelo, 2002).

O problema principal que apresentam as depressões infanto-juvenis reside na sua atipicidade clínica em comparação com os quadros depressivos no adulto. Na prática, a maioria das depressões infanto-juvenis são depressões mascaradas, caracterizadas essencialmente por transtornos de comportamento ou por equivalentes somáticos da depressão.

Em geral, a criança deprimida, ao contrário do adulto, não fala espontaneamente dos seus sintomas. Habitualmente, o estado depressivo pode reconhecer-se mais pelos sinais objectivos (diminuição do rendimento escolar, transtorno do comportamento e alterações

psicossomáticas) do que pelas expressões subjectivas (Fonseca, 2001; Ferreira & Rebelo, 2002).

Na etapa da adolescência, o estado depressivo pode reconhecer-se pelas perturbações do comportamento (condutas anti-sociais tais como a desobediência, fuga, delinquência, comportamento suicida), alterações da corporalidade, alterações de humor, e alterações do ponto de vista somático (hipocondria, anorexia, bulimia) (Marcelli, 2002).

A depressão na criança é actualmente aceite quanto à sua compreensão e semiologia clínica, mas com grande variabilidade de um autor para outro (Quadro 5).

“ A depressão foi alvo de disputa entre duas correntes distintas, quer ao nível da interpretação e da explicação da doença, quer ao nível das propostas terapêuticas” (Afonso, 2004).

Quadro 5 – Semiologia Clínica da Depressão

| Autor (Data) | Semiologia e Sintomas |
|--|--|
| Klein (in Marcelli, 2005) Paixão (2002) | “Posição depressiva” Até atingir esta posição, “a criança está protegida do sofrimento depressivo graças aos mecanismos de clivagem ³ , de projecção ⁴ e de introjecção ⁵ : os maus objectos (mau seio, má mãe, má parte do eu) são separados dos bons e projectados no espaço circundante, ao passo que os bons objectos são incorporados no seu eu. Pulsões agressivas e pulsões libidinais são assim nitidamente separadas, do mesmo modo que os seus objectos de investimento. Trata-se da fase esquizoparanóide” (Marcelli, 2005). Sentimentos de culpa (por atacar o objecto amado), nostalgia (do objecto perdido), ambivalência (resultado da consciência de si próprio e do objecto) e da correspondente angústia depressiva. (Paixão, 2002). |
| Mahler (1979) | A resposta depressiva é uma reacção afectiva comparável à angústia. Intensidade e duração aumentada dessa resposta, durante o processo de individuação, cria o humor de base e a tendência afectiva à depressão. |
| Spitz (1986) | Hospitalismo ⁶ As crianças apresentam sintomas diversos: “ uma face vazia de expressão, a coordenação ocular torna-se deficiente, a expressão torna-se apática ou “imbecil”. Depois de algum tempo, as crianças começam a desenvolver espasmos motores, movimentos bizarros dos dedos ou outros” (Paixão, 2002). |
| Strecht, 2003 | Recém-nascidos podem deprimir-se como consequência da separação súbita e, por deixarem de se alimentar, podiam inclusivamente morrer” |
| Bowlby (1980) | Modelo teórico da vinculação - três fases: fase de protesto por ocasião da separação (a criança chora, agita-se, procura seguir os pais, chama-os, sobretudo ao deitar), está inconsolável, mas após 2/3 dias estas manifestações atenuam-se; uma fase de desespero: a criança recusa-se a comer, a ser vestida, permanece fechada, nada mais pede às pessoas à sua volta. Parece encontrar-se num estado de grande luto, e uma fase |

³ Clivagem – Mecanismo de defesa descrito por Melanie Klein e por ela considerado como a defesa mais primitiva contra a angústia.

⁴ Projecção – segundo a psicanálise, trata-se do afastamento inconsciente de processos interiores da pessoa, como impulsos, sentimentos de culpa ou ódios por outras pessoas, situações ou objectos. Segundo Freud, a projecção é utilizada como um mecanismo de defesa psicológico.

⁵ Introjecção – Processo em que o sujeito toma como parte da sua personalidade as características inerentes do que o rodeia.

⁶ Hospitalismo – Conjunto de perturbações que o bebé pode sofrer devido a carências maternas quantitativas. Quando crianças de idades muito precoces são sujeitas a uma privação de contacto com os seus entes mais próximos, seja em situação de um abandono materno ou a uma temporada passada num hospital, vão sofrer de problemas tanto físicos como psicológicos que podem afectar o seu desenvolvimento normal.

| | |
|------------------------|---|
| | de desvinculação: a criança não recusa a presença dos outros, aceita os seus cuidados, a alimentação. Se neste momento a criança volta a ver a mãe pode não reconhecê-la ou desviar-se dela. O mais comum é que grite ou que chore. A fase do desespero parece ser a que mais se aproxima das manifestações depressivas do adulto. |
| Sandler & Joffe (1967) | Teoria da depressão como uma reacção afectiva de base. "O afecto depressivo é uma resposta possível para um estado de sofrimento" Esta traduz a perda de um estado de bem-estar anterior ao qual está incluída a relação com o objecto que satisfaz. |
| Teresa Ferreira (2002) | Depressão infantil propriamente dita é a "perturbação da organização do sentimento de auto-estima, concentrando-se em volta de uma ferida narcísica, com conseqüente alteração funcional do psiquismo". |

2.2.1. SINTOMAS

Na criança, a depressão na sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, agressividade, hiperactividade e rebeldia. Considerando a extrema variabilidade dos sintomas, Marcelli (2005) distingue a depressão infantil em função da idade considerando a depressão do bebé e da criança muito pequena e a depressão na criança pequena.

A depressão no bebé e na criança muito pequena (até 24-30 meses) caracteriza-se pela sintomatologia das situações descritas por Spitz e Bowlby como depressões anaclíticas: prostração, abatimento e indiferença ao meio-ambiente. Os atrasos globais no desenvolvimento são frequentes e, por isso, apresentam um risco maior de atraso mental. Marcelli (2005) prefere os termos de abandonismo, hospitalismo, carência total ou parcial, para denominar os diferentes tipos de depressão nesta idade.

A depressão na criança pequena (3 anos a 5/6 anos) manifesta-se em sintomas muito variados, e na maior parte das vezes, constituem uma luta contra os sentimentos depressivos. As perturbações do comportamento, como o isolamento, ou a calma excessiva e mais frequentemente a agitação, instabilidade, condutas auto e hetero agressivas e comportamentos masturbatórios crónicos e compulsivos. A criança parece viver num caos afectivo que vai desde a procura de afecto à recusa, isolamento, cólera e mesmo violência. O humor oscila entre a agitação e a euforia e os choros silenciosos.

As aquisições sociais próprias desta idade, como as relações com outras crianças e a autonomia na vida diária, encontram-se perturbadas. Igualmente alteradas se encontram o sono, o apetite e enurese e encoprese intermitente. Manifestam extrema sensibilidade à separação em relação ao adulto.

Uma visão pessimista é o núcleo da maior parte dos pensamentos da depressão: imagem sombria de si mesmo, do mundo e do futuro (Marujo, Neto & Perloiro, 2005).

Na esfera do comportamento, a depressão infantil pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse pelas pessoas e isolamento uma vez que é caracterizada pela passividade, indecisão e desistência fácil. As

alterações cognitivas, como a atenção, o raciocínio e memória, relacionadas com a depressão infantil interferem de forma negativa no rendimento escolar.

A criança em idade escolar apresenta uma inibição afectiva predominante com sintomatologia psicossomática (enurese, onicofagia⁷, manipulação genital, terrores nocturnos, crises de choro e gritos), enquanto que nas crianças mais velhas a sintomatologia abrange sobretudo a esfera cognitiva (ruminações, ideias e impulsos suicidas, sentimentos de inferioridade e opressão), sendo as cefaleias o principal sintoma psicossomático. Nos rapazes caracteriza-se pela dificuldade em estabelecer contacto, tendência ao isolamento com certa inibição na aprendizagem e irritabilidade que podem conduzir a dificuldades escolares e à agressividade.

As crianças têm dificuldade em expressar o que sentem mas sintomas psicossomáticos podem ajudar a definir estados de depressão. Neste sentido, alguns autores definiram alguns sintomas que podem ajudar a identificar quadros depressivos.

De acordo com Ajuriaguerra & Marcelli (1991), é possível discriminar-se a semiologia depressiva na criança. Observam-se, assim, sintomas directamente ligados à depressão – a resposta depressiva. Trata-se aqui das manifestações mais próximas daquelas que constituem o quadro clínico da patologia adulta. Ainda que estejam longe de serem as mais frequentes, é entretanto possível encontrá-las.

Certas crianças apresentam um estado de prostração intensa, retiram-se e isolam-se num canto. Pode observar-se uma inibição motora assinalada pela dificuldade para brincar, executar tarefas (sobretudo as que anteriormente eram fonte de prazer). Estas condutas podem aproximar-se da lentificação motora.

É excepcional que a criança se queixe directamente de um sofrimento moral, contudo, os choros, a tristeza do rosto, atestam-no do mesmo modo que o tédio, a indiferença a tudo, ou a fadiga permanente.

A desvalorização de si exprime-se habitualmente sob a forma de repetidas constatações como “não sei”, “eu não consigo”, que envolvem o discurso ou os jogos da criança. O sentimento de ser mal amada é frequente.

No plano intelectual notam-se dificuldades de concentração e de memorização, até uma lentificação psíquica da qual a criança se queixa. Por fim, são frequentes os sintomas físicos: anorexia, distúrbios do sono, cefaleias; os sintomas ligados ao sofrimento depressivo. Estes sintomas são muito mais frequentes e afastam-se da semiologia do adulto.

O fracasso escolar, o desinteresse e o desinvestimento são muito frequentes: longas séries de fracassos que contrastam em relação a um bom nível de eficiência ou, mais

⁷ Onicofagia – um dos chamados sintomas neuróticos infantis (manifestações neuróticas habituais e transitórias) que fazem parte da infância normal, não indicando situação médica subjacente. Muitas crianças roem as unhas durante os primeiros anos de escola, mas a maioria ultrapassa esse hábito. No entanto, o roer as unhas continua por vezes como uma manifestação de ansiedade, um comportamento mais ou menos estereotipado nos e adolescentes e nos adultos.

característico ainda, queda acentuada no rendimento escolar. As condutas fóbicas, em particular a fobia escolar, podem traduzir o temor do afastamento do aconchego familiar ou do abandono e recobrir um estado depressivo.

Ao nível do corpo ou da aparência física, nota-se, às vezes, um aspecto desleixado, como se a criança fosse incapaz de investir positivamente no seu corpo ou aparência. Muito próximas disto estão as crianças que incessantemente perdem as suas coisas particulares (roupas, chaves).

Em situações mais graves, certos comportamentos aparecem como testemunhas directas de um sentimento de culpabilidade ou de uma necessidade de punição cuja ligação, pelo menos temporal, com um episódio depressivo é evidente: ferimentos repetidos, atitudes perigosas, punições incessantes na escola. O aparecimento de condutas auto-agressivas é igualmente possível; os sintomas que surgem como uma defesa contra a posição depressiva (os sintomas deste grupo são de natureza muito diversa), pode citar-se uma verdadeira instabilidade quer motora quer psíquica.

Outras condutas aparecem como condutas de protesto ou de reivindicação diante do estado de sofrimento. Citam-se como tais: as condutas de oposição, de zanga, de cólera ou mesmo de fúria, as manifestações agressivas e mesmo auto-agressivas, e os distúrbios do comportamento, furtos, fugas, condutas delinquentes e os equivalentes depressivos. São considerados como equivalentes depressivos a enurese; a anorexia; e a obesidade. Na realidade, todas as condutas patológicas infantis podem ser ligadas a uma “depressão” (Marcelli, 2005).

No entanto, os autores que utilizam o conceito de equivalente depressivo relacionam a conduta observada com um acontecimento anterior supostamente traumático e factor de depressão.

A semiologia da depressão infantil é, particularmente, variada. Vários autores (Sandler & Joffe, 1988; Weinberg, 1973; Spitzer, 1978) ressaltaram as condutas mais importantes da depressão na criança. Neste sentido, e a título de exemplo são apresentados seguidamente alguns critérios apresentados pelos mais diversos autores.

Sandler & Joffe (1988) descrevem o índice de Hampstead como o conjunto de traços que, quando encontrados e independentemente da idade, permitem determinar a síndrome ou mesmo o tipo de reacção depressiva: (1) crianças que parecem tristes, deprimidas, sem queixas e que parecem não estar conscientes da sua situação; (2) crianças que apresentam um certo retraimento e pouco interesse pelas coisas, manifestando este estado de forma momentânea e prolongada; (3) crianças descritas como descontentes, insatisfeitas e com pouca capacidade para o prazer; (4) crianças que parecem sentir-se rejeitadas ou não-amadas, demonstrando que estão prontas a abandonar os objectos que são a causa da sua decepção; (5) crianças que não estão dispostas a aceitar ajuda ou consolo e, mesmo quando os pedem, parecem aceitá-los manifestando decepção e descontentamento; (6)

uma tendência geral a regredir a uma passividade oral; (7) insónia e outros problemas do sono; (8) actividades auto-eróticas ou outras actividades repetitivas; (9) maior dificuldade em manter um contacto duradouro com outras crianças.

Associa-se a Weinberg (1973, citado por Bénony, 2002), a definição dos primeiros critérios de diagnóstico contemporâneos para a depressão infantil, ao especificar-se uma série de sintomas que formaram parte dos critérios. Segundo este autor, os critérios de diagnóstico para a depressão infantil são: (1) estado de ânimo disfórico (expressões de tristeza, solidão, indefesa, pessimismo, irritabilidade, negativismo e hipersensibilidade); (2) ideação auto depreciativa (sentimento de inutilidade, culpabilidade, ideias persecutórias de morte e de fuga). São necessários dois ou mais dos seguintes: (1) conduta agressiva (dificuldade nas relações interpessoais, pouco respeito pela autoridade, lutas); (2) alterações do sono; queda no rendimento escolar (queixas frequentes); (3) socialização diminuída (menor participação em grupo); (4) queixas somáticas (dores abdominais); (5) perda da energia e quebra no apetite. É necessário uma duração de um mês e alteração na conduta da criança (Bénony, 2002).

Observa-se facilmente que a variabilidade sintomática é extrema e se situa em registos diversos: o tímido (disforia), o moral (desvalorização), o comportamental (agitação), o somático (sono, apetite), social (escola, brinquedo). Esta variabilidade depende da própria criança cujas modalidades de expressão evoluem com a idade.

Para Spitzer (1978, citado por Bénony, 2002), os critérios requeridos são: (1) estado de ânimo disfórico; (2) perda generalizada do prazer e interesse. São necessários cinco ou mais dos seguintes sintomas: (1) perda/aumento do peso e apetite; (2) transtorno do sono; (3) perda de energia; (4) agitação ou lentificação psicomotora; (5) sentimentos de culpabilidade; (6) diminuição da capacidade para pensar e os pensamentos recorrente de morte. Exige uma semana como mínimo de duração.

A Clasificación Internacional de las Enfermedades - *CID-10* (1996) postula os mesmos critérios de diagnóstico da depressão para todos os grupos etários: (1) humor depressivo; (2) perda da capacidade de se interessar pelas coisas; (3) diminuição da vitalidade o que conduz a uma redução do nível da actividade e o maior cansaço. Devem estar presentes pelo menos um dos seguintes sintomas: (1) diminuição da atenção e concentração; (2) perda de confiança em si mesmo; (3) sentimentos de inferioridade; (4) ideias de culpa e de se ser inútil; (5) perspectiva sombria do futuro; (6) pensamentos e actos suicidas e de auto-agressão; (7) transtorno do sono e (8) perda do apetite. Os critérios do *CID-10* são similares ao do *DSM-IV-TR*, contudo, neste último são mais precisos.

Actualmente, o *DSM-IV-TR* (2002) postula os mesmos critérios de diagnóstico da depressão, quer para os adultos, quer para as crianças e adolescentes. Nas crianças são comuns: (1) queixas somáticas; (2) irritabilidade e (3) afastamento social. Contudo, estes sintomas não são incluídos nos critérios diagnósticos. As modificações para as crianças são:

(1) estado de ânimo irritável em vez de humor deprimido; (2) fracassos no aumento de peso em vez de perda ou aumento de peso significativo. Os critérios requeridos são: (1) quebra nas actividades durante um período de duas semanas e deve apresentar pelo menos 5 dos seguintes sintomas: (1) ânimo irritável; (2) perda de interesse ou prazer (anedonia); (3) falta de aumento no peso esperado; (4) insónia ou hipersónia; (5) agitação ou lentificação psicomotora; (6) fadiga ou perda de energia; (7) sentimentos de inutilidade ou culpa; (8) concentração diminuída; (9) pensamentos repetitivos de morte ou ideação suicida; e (10) tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Certos contextos ou circunstâncias traumáticas são encontradas, com grande frequência, entre os antecedentes de crianças que apresentam depressão: (1) existência de perda ou de separação; (2) ambiente familiar; (3) factores biológicos; e (4) nível socio-económico.

É muito frequente, senão constante, na história de crianças depressivas ou deprimidas, uma relação entre os estados depressivos na criança e crises de vida associadas a situações de perda como o afastamento de um dos progenitores em caso de separação, divórcio ou morte.

A perda pode ser real e prolongada: morte de um ou ambos os pais, de um membro da fratria, de um adulto próximo à criança (avós, ama), separação brutal e completa, quer por desaparecimento de um dos próximos (separação parental, partida de um irmão), quer pelo afastamento da própria criança (hospitalização, internamento de custódia ou institucionalização).

A separação dos pais pode ser uma das muitas razões que conduz a uma depressão na criança. Atenta às discussões dos pais, as crianças captam a insegurança do momento a qual pode agravar a sua própria insegurança. Sem entenderem as razões dos gritos nem os fundamentos das discussões, as crianças limitam-se a construir um universo amedrontado e inexoravelmente começam a apresentar sinais de uma depressão que pode conduzir a uma patologia mais grave (Leal, 2000).

O acontecimento é tanto mais traumático quanto mais a criança esteja em idade crítica (6 meses a 4-5 anos) e que não persiste nenhuma mudança permanente (troca de contexto, desaparecimento da fratria).

A separação pode ser temporária (doença, breve hospitalização, ausência momentânea de um dos pais), mas suscitar uma angústia de abandono que persiste para bem além do retorno à situação normal. É por vezes puramente fantasmática: sentimento de não se ser amado, de haver perdido a possibilidade do contacto com um próximo. Estes factores devem ser comparados com o contexto familiar habitualmente descrito. Hess & Camera (1979, citado por Harrison; Geddes & Sharpe, 2002), verificaram que o grau de perturbação da criança está altamente associado à presença de antecedentes de conflitos contínuos entre os pais e assim, a “perda” não seria a causa central da perturbação.

As “crises de vida” constituem precipitantes inespecíficos de alterações emocionais e perturbações do comportamento, incluído a depressão nas crianças (Block, 1986).

O ambiente familiar é um importante factor na vulnerabilidade cognitiva para a depressão. As funções familiares podem facilitar a presença de depressão infantil ou funcionar como apaziguador dos factores de risco.

Vários pontos de vista sobressaem do conjunto de estudos sobre o meio familiar (Poznansjky & Zrull, 1986). Por exemplo, a frequência de antecedentes de depressão entre os pais, em particular na mãe, o fraco contacto mãe-filho, a ausência parcial ou total de estimulação afectiva, verbal ou educativa, são factores de risco para a depressão.

Weissman & Strober (1986, citado por Harrison; Geddes & Sharpe, 2002), estabeleceram relações claras entre história de depressão nos pais e o aparecimento de perturbações psiquiátricas na criança. Beardslee (1983, citado por Harrison; Geddes & Sharpe, 2002), sugeriu que cerca de 40% das crianças filhos de pais depressivos terão uma qualquer perturbação psiquiátrica.

Um dos pais é por vezes abertamente rejeitante: desvalorização, agressiva, hostilidade ou indiferença total em relação à criança, podendo chegar a uma completa rejeição e uma excessiva severidade educativa suscita na criança a constituição de uma instância superegóica particularmente severa e impiedosa (Penot, 1973). As crianças podem ficar deprimidas em resultado de uma responsabilidade excessiva na família (Hallstrom & McClure, 2000).

O maltrato físico, emocional e até a negligência constituem factores de risco para a vulnerabilidade cognitiva para a depressão.

Kaslow (1996) postula que, aproximadamente, 2 a 5 % das crianças da população geral cumprem os critérios de diagnóstico para a depressão.

Castro Fonseca e cols. (2002), referem que a prevalência da depressão na infância está directamente relacionada com a idade, verificando-se que os distúrbios aumentam com a idade, conforme podemos verificar no Quadro 6:

Quadro 6 – Estudos comparativos relativos à Prevalência da Depressão na Infância

| Autores | Prevalência da depressão | População |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Martínez & Meneghello (2000) | 0.4% a 2.5%. | Crianças |
| Weller (1991) | 1.9% | Crianças em Idade Escolar |
| Harrington (1994) | 0,5% a 2,5% | Pré-adolescentes |
| Marujo (1994) | 9.52% | Infância |

Considerando a diferença entre géneros, na população infantil, Marsh & Fristad (2002) afirmam que as percentagens dos grandes distúrbios são iguais na infância, surgindo as diferenças apenas na adolescência.

Cordeiro (2002) refere que o nível sócio económico e a formação dos progenitores influenciam a prevalência de vários transtornos psiquiátricos, incluindo a depressão.

Diversos estudos apontam para uma prevalência da depressão entre indivíduos com pior “status” socioeconómico (Bénony, 2002). De acordo com Fernandes da Fonseca (2002), os transtornos de ansiedade e depressão estão fortemente relacionados ao nível económico.

No seu processo de desenvolvimento e sendo a adolescência um período de mudanças, exigências e de alargamento dos contextos, os adolescentes têm uma tendência natural para a depressão (Marcelli, 2002).

Ao longo do processo de adolescência, existem factores que predispõem o indivíduo a experimentar emoções e afectos de natureza depressiva (Marcelli, 2002) (Quadro 7).

Quadro 7 – Factores na Psicopatologia das Depressões e Respectiveos Sintomas adaptado de Marcelli (2002)

| Factores | | Sintomas |
|--|--|---|
| Perdas inerentes à irrupção da Puberdade | Perda da estabilidade da imagem corporal | Ansiedade, tensão interior, irritabilidade, retraimento, inércia, somatização |
| | Perda da onnipotência da bissexualidade potencial | |
| Problema da gestão da agressividade e culpabilidade inerente | Puberdade implica intensificação das pulsões sexuais e/ou agressivas | Tensão interna, sentimento de incompreensão, necessidade de afastamento, defesas psíquicas e/ou comportamentais (comportamentos perigosos, ideias suicidas e tentativas), inibição, passividade |
| Ruptura do equilíbrio entre investimentos objectais e narcísicos | Trabalho de identificação e ruptura em relação a interesses antigos (através da dúvida na valorização de si inerente ao crescimento pubertário) Alteração do sistema de ideal | Questões existenciais, dualismo entre um narcisismo exacerbado e fase de profundo retraimento, subestima e inquietação. Sentimento de mal estar, desinteresse e vazio. |

O interesse pela depressão na adolescência não é recente, pois desde 1958, A. Freud estabeleceu um paralelo entre os estados de luto e as características da patologia da adolescência (Marcelli & Braconnier, 1990; Marcelli, 2002). Esta autora referia que é inevitável um certo luto dos objectos do passado quando se trata do trabalho psicológico com o qual o adolescente é confrontado.

Esta comparação entre luto e adolescência será retomada por vários autores; alguns deles consideram o «trabalho do luto na adolescência» o eixo de compreensão e o marco primordial do conjunto de mudanças psicológicas ocorridas nesta idade.

Haim (1970, citado por Marcelli, 2002), refere que tal como o enlutado, o adolescente permanece um certo tempo deteriorado na recordação dos seus objectos perdidos e, como ele, a ideia de morte perpassa-lhe o espírito.

Abraham (1912, citado por Braconnier & Marcelli, 1990), afirmava que o luto é a emoção normal que corresponde à depressão. Freud (1917, citado por Braconnier & Marcelli, 1990), por seu lado, referiu que em ambos os casos (depressão e luto), as

circunstâncias desencadeantes devidas à acção dos acontecimentos de vida coincidem, tanto mais aparecem claramente. O luto é regularmente a reacção à perda de uma pessoa amada. A acção dos mesmos acontecimentos provoca, em inúmeras pessoas, a existência de uma predisposição mórbida, uma depressão ao invés do luto. Neste sentido, Freud (1917, citado por Braconnier & Marcelli, 1990), explicita a diferença entre luto e depressão: o luto é normal (pois conta-se que seja superado após algum tempo), sendo portanto, inoportuno e nocivo perturbá-lo; o luto apresenta todos os sintomas da depressão, salvo a diminuição do sentimento de auto-estima. Na depressão, Freud propôs duas hipóteses complementares: a regressão narcisista e a ambivalência.

A obra de Freud, “Luto e Melancolia” permanece a chave-mestra das tentativas de compreensão psicopatológica da depressão. Neste contexto, chegamos à teoria de uma organização depressiva, cujos pontos-chave e respectivos autores se apresentam no (Quadro 8):

Quadro 8 – Teoria da Organização Depressiva

| Autores e data | Pontos-Chave |
|---|--|
| Freud (1920, cit.por Marcelli, 2002) | A perda do objecto; o desejo de incorporar o objecto; a tendência narcísica; a parte de si desvalorizada e a réplica interior do objecto perdido; a autodepreciação de si; a ambivalência; a auto-agressão e a importância da força moral acusadora – superego |
| Abraham (1913, citado por Marcelli, 2002) | a constitucionalidade; a predisposição durante a infância; a relação ambivalente no modo anal; regressão à fixação oral; a atribuição ao Superego e não ao Ego da herança do objecto desaparecido. |
| Klein | “Posição depressiva” |
| Spitz (1946, citado por Marcelli, 2002) | Hospitalismo |
| Bowlby | Teoria da vinculação – perda de objecto externo e perda de auto-estima. |

De acordo com as teorias desenvolvidas, o alicerce de toda a depressão assenta na problemática da perda, a base de toda a adolescência é a problemática da separação intrapsíquico, trabalho de desvinculação do objecto edipiano. Assim, pode formular-se a questão da depressão na adolescência (Marcelli, 2002).

A passagem da infância à idade adulta começa por um questionamento do destino do objecto, objecto esse que, até aí, dera à criança um sentimento de bem-estar. O início da adolescência, com as transformações pubertárias, é acompanhado por um desaparecimento, senão permanente, pelo menos intermitente, deste sentimento de bem-estar que habita a criança no período de latência, quando esta cresce num meio mais ou menos satisfatório. A perda deste sentimento de bem-estar cria um sentimento de mal-estar, uma vivência de ausência: o adolescente experimenta o sentimento de ter perdido algo porque atribui a perda deste bem-estar à perda deste algo. De forma quase constante, a puberdade, o começo da adolescência suscitam num indivíduo um tumulto que causa uma

perda do estado de relativa quietude, de bem-estar interior. Em qualquer situação, esta perda do estado de bem-estar causa um sofrimento, que está ele próprio ligado à perda da relação com o objecto que assegurava a anterior satisfação. A emergência deste mal-estar provoca uma brecha na continuidade da relação objectal criança/ figura parental. Esta lacuna desencadeia um tempo de espera, um tempo em suspensão no decurso do qual o objecto libidinal já não oferece a mesma adequação que disponibilizava na infância: o adolescente não pode mais, primeiro, ser satisfeito por (estatuto de bebé), em seguida, satisfazer-se com (estatuto de criança pequena) e por fim, satisfazer (estatuto de criança) o objecto libidinal do passado (objectos edipianos) (Marcelli, 2002).

O adolescente deve aceitar este confronto com os processos que agitam e perturbam o relativo equilíbrio da infância. Deve, conseqüentemente, reorganizar o seu sistema de representação e o seu mundo fantasmático interno em função da perda deste estado de bem-estar, perda essa que vai “representar” através de um objecto. O vínculo entre o objecto e este estado de mal-estar será susceptível de determinar a evolução da depressão, no sentido em que através do objecto, pela representação do estado de sofrimento, ele próprio secundário ao estado de bem-estar perdido, pode operar-se uma transformação de afectos (Marcelli, 2002).

Na adolescência, o indivíduo confronta-se com tarefas que comportam mudanças drásticas do seu modo de estar no mundo (Marcelli, 2002): (1) alterações nas relações com os pais (dependência /autonomia). A nível dos pais, o adolescente deve realizar uma série de lutos. O primeiro é o da mãe-refúgio, acarretando consigo o luto de estado de bem-estar ideal de união com a mãe. De outra parte, existe o luto dos objectos edipianos que se faz na presença real dos pais. Trata-se de fazer o luto do investimento edipiano e da dependência dos pais, arranjando um novo modelo de relação, tanto interno como externo, com eles (Gedance, 1977); (2) alterações da relação com os companheiros; (3) importância do grupo: ao mediatizar a ordem social e cultural, o adolescente abandona o grupo familiar para entrar no grupo de pares e dos adultos, por vezes distante do grupo familiar a nível de idades, ideais, aspirações socioculturais entre outras e (4) formação da identidade corporal (corpo / amor) (Marcelli, 2002).

Nem sempre uma estrutura em mutação conseguir suportar tantas pressões num espaço de tempo tão curto. Daí que a depressão seja um resultado desse déficit adaptativo e das pressões que se exercem sobre o adolescente.

Os estudos mais recentes consideram que um em cada cinco adolescentes manifesta sinais de depressão. A depressão no adolescente pode ser de difícil diagnóstico, já que nem sempre os adolescentes conseguem exprimir adequadamente os seus sentimentos e procurar ajuda.

Schoenbach (1982) considera como características específicas da depressão juvenil as seguintes: (1) humor disfórico e afecto depressivo; (2) atraso da puberdade; (3) atraso

cognitivo; (4) baixa auto-estima; (5) comportamento anti-social; (6) abuso de álcool e drogas; (7) comportamento sexual; (8) saúde e (9) comportamento suicida.

As mudanças de humor na adolescência intensificam-se significativamente sendo mais frequentes a tristeza e o humor disfórico, prevalecendo a labilidade de humor.

Pode haver um atraso no aparecimento da puberdade no adolescente deprimido, em especial se a depressão está relacionada com a perda de peso ou anorexia. O adolescente deprimido pode ter grandes dificuldades em aceitar e compreender os sinais da puberdade. Uma torrente de secreções hormonais associadas ao ambiente stressante podem levar o adolescente à depressão.

A desorganização temporal do funcionamento cognitivo na puberdade revela-se particularmente exagerada nos adolescentes deprimidos. O pensamento abstracto tem tendência a diminuir ou desaparecer temporariamente. O rendimento escolar é frequentemente afectado, devendo-se considerar mesmo neste caso a possibilidade de depressão. Nos adolescentes deprimidos, o pensamento concreto, retraimento, isolamento e um baixo nível de energia são visíveis.

Uma baixa auto-estima é um dos ingredientes mais significativos da depressão ao longo da vida. Nos adolescentes, a depressão intensifica a sua baixa auto-estima sentindo no seu interior que se defraudaram a si mesmo e aos outros. O desespero e a sensação de abandono reduzem ainda mais a sua auto-estima. Às vezes, o adolescente deprimido tenta defender-se da sua baixa auto-estima, mediante a negação, fantasias onnipotentes ou evadindo-se da realidade, mediante o abuso de álcool e drogas.

Roubar, ter atitudes agressivas, acidentes frequentes podem ser indicadores de depressão, especialmente em adolescentes com antecedentes prévios de bom comportamento.

Um grande número de adolescentes deprimidos abusa de álcool e tóxicos, sendo comum o consumo de estimulantes. Alguns destes adolescentes consomem igualmente drogas ilegais (cocaína, heroína ou outras).

Geralmente, os adolescentes deprimidos não mostram nenhum interesse em interacções heterossexuais (Marcelli,2005). Embora alguns participem em actos sexuais ou mesmo promiscuidade como defesa para a depressão. Muitos não tomam precauções para evitar quer as doenças quer uma gravidez (o desejo de engravidar é visível nas adolescentes deprimidas e está associado a uma forma de compensar a perda do objecto e a sua baixa auto-estima) (Marcelli,2005).

Os adolescentes deprimidos têm um aspecto pálido e cansado carecendo de vigor e alegria. Estes adolescentes apresentam frequentemente múltiplos problemas físicos sem nenhuma causa orgânica. O adolescente deprimido não sabe verbalizar os seus sentimentos e sintomas físicos (Marcelli,2005).

Devido ao humor disfórico e à baixa auto-estima, muitos adolescentes têm pensamentos suicidas. Geralmente, estes pensamentos são esporádicos, mal organizados e sem plano definido. Contudo quando chegam a vias de facto, a maioria dos adolescentes suicidam-se de um modo violento e quase todos verbalizam ideias suicida antes de se suicidar (Marcelli,2005).

Existem quatro estados depressivos na adolescência: (1) tristeza e morosidade; (2) crise ango-depressiva; (3) episódio depressivo major e (4) depressividade ou equivalentes depressivos (Braconnier & Marcelli, 1990; Marcelli, 2002). Por tristeza designam-se os afectos, as emoções de natureza triste que sente num dado momento uma grande parte dos adolescentes. A morosidade é um estado que manifesta uma recusa em investir no mundo dos objectos, dos seres... nada serve para nada, o mundo está vazio. Este estado caracteriza-se por uma falta de interesse, uma sensação de que o tempo não passa, que não vale a pena esforçar-se para obter algo, tudo é sempre igual. No entanto, a morosidade é um estado instável susceptível de mudar e que mantém o adolescente num estado de desinvestimento, mas, simultaneamente, também pronto a investir em algo.

O adolescente atravessa uma crise, por vezes exclusivamente depressiva, mais comumente designada por ango-depressiva. Esta crise ango-depressiva manifesta-se via os seguintes sintomas: o aparecimento da ansiedade, até mesmo da angústia, com o seu séquito habitual de manifestações somáticas; o humor triste em que as crises de choro são frequentes e perante as quais, o adolescente pode ser invadido pelo receio de rebentar por ideias de morte e pensamentos suicidas, as dificuldades no sono, as perturbações alimentares e um discreto sentimento de desvalorização explícito sob a forma de um receio particular relativamente à escolaridade.

O episódio depressivo major que se aproxima da semiologia depressiva do adulto, em especial após os 14-15 anos e onde se observam, essencialmente, características como a lentificação psicomotora (no plano ideativo, esta lentificação caracteriza-se por uma perda da fluidez do pensamento, com lentificação nas respostas, bem como na ligação das ideias e tendência para um certo empobrecimento das mesmas. O adolescente é invadido por um único pensamento, fixo, persistente e permanente); o humor depressivo; o desinteresse; o retraimento social e afectivo; a fadiga e/ou perda de energia; a desvalorização ou sentimento de indignidade; as ideias de morte (desde o simples pensamento «para que serve viver» ao desejo de morte ou de suicídio); as dificuldades de atenção e concentração (que suscitam dificuldades de adaptação escolar, um enfraquecimento, e um desinvestimento escolar maciço); as perturbações do sono e da alimentação.

Tal como no adulto e na criança, vários autores descreveram no adolescente uma série de equivalentes depressivos (Quadro 9).

Quadro 9 – Equivalentes Depressivos na Adolescência

| Autor e Data | Equivalentes |
|---|---|
| Toolan (1987, citado por Marcelli, 2002) | Perturbações do comportamento (desobediência, absentismo escolar, fugas, cólera), aborrecimento, nervosismo, auto-destrutividade (tendências masoquistas, e predisposição a acidentes. |
| Weiner (1991, citado por Marcelli, 2002) | Fadiga; aborrecimento; nervosismo; hipocondria; concentração deficiente; procura de atenção; passagem ao acto, toxicomania, comportamento sexual anárquico e a formação de uma identidade negativa. |
| Glaser (1974, citado por Marcelli, 2002) | Perturbações do comportamento, delinquência, fobia escolar, tendências neuróticas e queixas psicossomáticas |
| Malmquist (1976, citado por Marcelli, 2002) | Anorexia nervosa, obesidade, hipocondria, hiperactividade e a passagem ao acto, |
| Bakwin (1965, citado por Marcelli, 2002) | Agressividade, problemas escolares, instabilidade e a passagem ao acto |
| Marcelli, 2002 | Ausência de uma “máscara de depressão”, raramente se diz triste, não procura compreensão empática e conforto, tendência para recusar ajuda, indiferença, lentificação psicomotora. |

Do mesmo modo, outros investigadores apresentaram quadros semiológicos que parecem mais específicos da adolescência (Braconnier & Marcelli, 1990; Marcelli, 2002). Tal é o caso da «depressão de inferioridade» e da «depressão de abandono» (Quadro 10).

Quadro 10 – Quadro comparativo entre os sintomas da “Depressão de Inferioridade” e “Depressão de Abandono”

| “Depressão de Inferioridade” | “Depressão de Abandono” |
|---|---|
| Baixa auto estima, sentimento de não ser amado, sentimento de desvalorização, timidez, comportamentos reactivos ou defensivos, pensamentos dismorfofóbicos, | Passagem ao acto, auto e/ou hetero-agressividade, choro frequente, profundo sentimento de vazio, recordações ligadas a separações ou a abandonos anteriores. Observa-se mais frequentemente nos adolescentes com passado carencial ou abandonico (Masterson, 1989) |

Com o aumento da idade, os sintomas de depressão aproximam-se dos do adulto, conforme consta do Quadro 11:

Quadro 11 – Sintomas da Depressão na Adolescência

| Autor e Data | Sintomas |
|---------------------------|---|
| Carlson & Cantwell, 1980) | Sentimentos de perda de auto-estima, tendências auto-punitivas e auto-agressivas, irritabilidade, retraimento, inibição nos rapazes e fadiga, problemas alimentares, distorção da imagem do corpo e sentimento de culpabilidade nas raparigas |
| Carter, 1995 | Irritabilidade e/ou agressividade (geralmente do tipo hiper-reactivo); auto-imagem negativa ou deteriorada; auto-avaliação negativa; agitação psicomotora (por norma, dificuldade em manter-se quieto, movimentos estereotipados); astenia psíquica (observável pelo discurso lento, monótono, pouco fluente); indecisão; fadiga; sentimentos de culpa; choro fácil; truculência; contacto desagradável; sentimentos de não ser amado; falta de concentração; afastamento |

| | |
|-----------------------------|--|
| | social; baixo rendimento escolar; dores somáticas; perda do senso de humor e perturbações do sono. |
| (Hunelman & Engel, 1992) | Maldade” gratuita; destruição sem motivo; vandalismo; consumo de substâncias que pode ocorrer com drogas lícitas ou ilícitas. |
| Walter, 1995 | Sexualidade ego-distónica (raparigas envolvem-se em relações heterossexuais muitas vezes com parceiros inadequados (delinquentes) com maior ou menor grau de promiscuidade. Nos rapazes, a experiência pode ocorrer sem qualquer significado patológico. |
| Braconnier & Marcelli, 1990 | Tristeza persistente, mais ou menos exteriorizada; alterações dos ritmos e do tónus biológico (alterações do sono); alterações no apetite e no peso; baixa da libido e diminuição do rendimento escolar e/ou profissional e anedonia. |

No que diz respeito aos factores de risco, numa primeira abordagem, alguns pesquisas põem em evidência um agente causal, mas é obvio que é cada vez mais necessária uma análise multifactorial que englobe os factores biológicos, psicológicos e socioculturais que podem contribuir para a depressão juvenil (Braconnier & Marcelli, 1990; Marcelli, 2002) (Quadro 12):

Quadro 12 – Factores de Risco da Depressão na Adolescência

| Autor e data | Factores |
|---|--|
| Earls (1989) | Idade, género, raça e posição sócio-económica |
| Marcelli (2002) | Idade |
| Rutter (1989) | Puberdade |
| Garrison (1992) | Diferenças de género |
| Kendel & Davies (1982) | Nível social e económico |
| Ryan e Puis-Antich (1986) | factor hormonal – libertação de estrogéneo como factor facilitador |
| Soares; Freitas & Silva (1998) | Deficiência dos neurotransmissores – serotonina e noradrenalina |
| McKnew e Cytryn (1991, citado por Marcelli, 2002) | Taxa de 3-metoxi-1-hidroxi-feniletíl-glicol (MHPG) mais elevada |
| Weissman (1984) | Hereditariedade (factor genético) |
| Mendlewicz (1969, citado por Marcelli, 2002) | transmissibilidade genética em certas formas de doença bipolar e da depressão unipolar |

A origem da depressão juvenil é explicada com base na problemática considerada subjacente, por diferentes teorias psicossociais (Marcelli, 2002) (Quadro 13):

Quadro 13 – Teorias relativas à Origem da Depressão na Adolescência

| Autores e Data | Problemática |
|---|---|
| Bibring (1963, cit. por Marcelli, 2002) | Perda de objecto |
| Jacobson (cit. por Marcelli, 2002) | Baixa auto estima |
| Beck (1987) | Auto conceito negativo Interpretação negativa da vida e experiências em geral |
| Seligman (1974) | Perda de reforço ou produto de uma aprendizagem |
| Bowlby (1980) | Vinculação insegura na relação mãe-bébé; perda de uma figura parental e/ou ausência de relações de afecto |

| | |
|--|---|
| Kandell & Davies (1982) Garrison (1989) Kashani (1988) | Divorcio e separação parental |
| Bailly (1990) | Qualidade da relação com progenitores, Tensão relacional |
| Bernt & Zinn (1992) | acumulação das mudanças de vida impostas na adolescência e o pessimismo da depressão global. |
| Choquet (1994) | Variáveis familiares negativas |
| Kaplan & Sadock (1994) | Variáveis psicossociais – perda de um dos pais, factores de suporte familiar (divorcio, separação, maus-tratos), carga psicopatológica dos pais |
| Lewinsohn & Hoberman (1987, citado por Loureiro, 1999) | Diminuição nos reforços sociais positivos, secundários a um déficit nas competências sociais. |
| Braconnier & Marcelli (2000) | Desentendimento parental, divorcio. |
| Marcelli (2002) | Falecimento de um dos progenitores, comportamentos desviantes; (alcoolismo), acontecimentos de vida stressantes; Mudança Familiar. |

Os estudos epidemiológicos que incidem sobre a depressão do adolescente multiplicaram-se a partir dos anos setenta (Braconnier & Marcelli, 2000; Marcelli, 2002). De acordo com estas pesquisas, distinguem-se diversas prevalências da depressão na adolescência (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Estudos Epidemiológicos da Depressão Juvenil

| Autores e Data | Prevalência da Depressão | |
|--|---|--------------|
| | Masculino | Feminino |
| Choquet (1995) | 7,5% | 22,5% |
| Rutter (1978, cit. por Marcelli, 2002) | 41,7% | 47,7% |
| Bomba (1988) | | > frequência |
| Choquet (1988) | 7% | 21% |
| Petersen (1993) | 10 a 35% | 15 a 40% |
| Papalia, Olds & Feldman (2001) | Sexo feminino duas vezes mais probabilidade | |

Em síntese, algumas características do indivíduo e do seu ambiente parecem potencializar os riscos para a depressão: aumento da idade, género feminino, baixo nível socio-económico, traços de personalidade específicos e presença de factores ambientais desencadeantes como perda e afastamento dos pais (Dell’Aglia & Hutz, 2004).

Diversos estudos apontam para que vivências traumáticas na infância, como perda de vínculos afectivos ou privação de um ou ambos os pais por separação ou abandono seriam importantes factores de risco para a depressão (Zavaschi e cols., 2002).

2.3. O DESENVOLVIMENTO DO SER HUMANO E A DEPRESSÃO

Quando nasce, o bebé possui já uma história impressionante. Uma parte da sua história precoce, a qual teve início muito antes da concepção, é constituída pelo legado hereditário que lhe é doado nesse momento. Outra parte é ambiental, uma vez que o novo

organismo é afectado por muitos acontecimentos que ocorrem durante os nove meses passados no útero materno. Antes de nascer, as crianças são já indivíduos, distinguíveis não só pelo sexo, mas também pelo tamanho, temperamento, aparência e história. Actualmente é facto assente que o feto possui uma actividade própria, que se desdobra nas diferentes modalidades sensoriais, na sua actividade motora e nos seus estados de comportamento e possui uma impressão digital própria (Sá, 2001).

As mudanças que ocorrem entre a concepção e os primeiros meses de vida são as mais amplas e rápidas que uma pessoa irá alguma vez viver. Apesar destas mudanças iniciais parecerem primordialmente corpóreas, têm repercussões em outros aspectos do desenvolvimento. Por exemplo, o crescimento físico do cérebro após o nascimento, torna possível uma grande explosão ao nível do crescimento cognitivo e emocional.

A primeira infância começa com o nascimento e termina quando a criança começa a andar e a juntar palavras – dois acontecimentos que geralmente ocorrem entre os 12 e os 18 meses de vida. No período entre os 18 e os 36 meses, a criança começa a falar e a ser capaz de movimentar-se por si própria tornando-se assim mais independente. À medida que se estuda o modo como o recém-nascido se torna bebé e, mais tarde, criança e adolescente, verifica-se que existem três aspectos do desenvolvimento que se encontram intimamente ligados. São eles o desenvolvimento físico, o cognitivo e o psicossocial (Papalia; Olds, & Feldman, 2001).

As capacidades cognitivas, por exemplo, baseiam-se em conexões físicas cerebrais, que são literalmente concebidas por sensações precoces – visão, audição, odores, toques e paladares. Além disso, a aprendizagem não é só um assunto da mente; o bebé aprende fazendo. Aprende através dos seus movimentos físicos, onde acaba o seu corpo e o mundo começa. Agarrando numa bolacha, apanhando um sapato, brincando com os dedos, o bebé aprende acerca do mundo e de si próprio. Aprende que pode deixar cair um brinquedo mas que o seu polegar está sempre ali para ele chupar. Quando atira água e areia, aprende como o seu corpo pode mudar o mundo. Esta exploração física e cognitiva é a chave para a mudança psicossocial de uma total dependência do recém-nascido para uma crescente autoconsciência e independência que caracteriza a criança de três anos de idade (Papalia, e Cols., 2001).

Entre os três e os seis anos, período frequentemente designado por pré-escolar, o corpo da criança torna-se mais esguio, as suas capacidades motoras e mentais mais desenvolvidas, e a sua personalidade e relações sociais mais complexas.

A partir dos três anos, a criança deixa de ser bebé. É capaz de maiores e melhores realizações. A criança de três anos é uma aventureira resoluta, sente-se à vontade no mundo e está ávida para explorar as suas possibilidades, bem como as capacidades crescentes do seu corpo e mente.

A mudança é menos rápida no período pré-escolar do que nas etapas anteriores, mas todos os aspectos do desenvolvimento – físico, cognitivo, emocional e social – continuam interligados. Os músculos passam a estar sob uma maior controlo consciente, a criança está mais atenta às suas necessidades pessoais, tais como o vestir e a higiene, e assim adquire um maior sentido de competência e independência (Papalia, e Cols., 2001).

A mestria cognitiva das regras sintáticas e dos segredos da conversação permite à criança comunicar mais eficazmente com os outros, internalizar os padrões sociais e desenvolver amizades. O ambiente social bem como as suas respectivas influências podem ter um impacto profundo – tanto positivo como negativo – na saúde física e no desenvolvimento cognitivo. Apesar de se descreverem padrões gerais que se aplicam à maioria das crianças, é necessário olhar para cada uma delas como uma pessoa única que traça objectivos cada vez mais desafiantes e que procura formas cada vez mais diversas para os atingir.

Os anos intermédios da infância, desde os seis aos onze anos aproximadamente, são frequentemente designados por anos escolares, porque a escola constitui a experiência central desta fase da vida – um ponto fulcral para o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. A criança desenvolve mais competências em todos os domínios. Há também progressos importantes no pensamento lógico e criativo, no julgamento moral e memória. (Papalia, e Cols., 2001).

Apesar dos pais continuarem a ter um importante impacto na personalidade da criança, bem como noutros aspectos do seu desenvolvimento, o grupo de pares é mais influente que anteriormente.

Na adolescência, a aparência do jovem muda como resultado de acontecimentos hormonais da puberdade. O seu pensamento também muda; torna-se capaz de pensar de um modo abstracto e hipotético. Os seus sentimentos mudam acerca de quase tudo. Todas as áreas de desenvolvimento convergem, à medida que o adolescente enfrenta a sua maior tarefa: estabelecer uma identidade – incluindo uma identidade sexual – que transportará para a vida adulta (Papalia, e Cols., 2001).

Neste período, o adolescente incorpora a sua nova aparência, os seus desejos físicos e as novas capacidades cognitivas no seu sentido de self. O grupo de pares serve para testar as ideias do adolescente acerca da vida e de si próprio (Papalia, e Cols., 2001).

As limitações imputáveis ao processo de desenvolvimento provocaram debates quanto à possibilidade de existência da depressão nas crianças, e quanto à idade em que a depressão poderia surgir. Vários autores puseram em dúvida a eventualidade das crianças vivenciarem a síndrome depressivo, por restrições na experiência e na expressão da sintomatologia cognitiva (Edelsohn, 1992). No entanto, e com base em diferentes investigações, comprovou-se que existia a possibilidade do distúrbio se manifestar em crianças de idade pré-escolar e mesmo em bebés (Bowlby, 1969; Spitz, 1946).

Miller (1991) refere que as crianças tanto podem sentir grande sofrimento psicológico como experimentar, também, formas mais ou menos intensas de depressão. A este facto veio associar-se um dado preocupante: o das crianças possuírem competências menos variadas e menos eficazes para lidar com esse sofrimento, terem menos controlo efectivo sobre a vida e, por serem mais dependentes, estarem mais vulneráveis.

Neste sentido, alguns autores verificaram que era indispensável olhar a natureza da depressão em função das mudanças normativas associadas com a idade e com as etapas do desenvolvimento (Kashani, 1987; Burgin, 1986). Rutter (1986) refere que é obvio que há grandes mudanças com a idade nos estilos de expressão da afectividade, bem como variações marcadas na incidência de certo tipo de desordens afectivas.

Por seu lado, Bemporad & Wilson (1978) afirmam que não se trata de saber se a depressão existe na criança, mas como as limitações cognitivas e afectivas próprias dos estádios de desenvolvimento modificam a experiência e a expressão das emoções em geral.

O interesse em estudar a extensão em que as características de um organismo em desenvolvimento mediavam o aparecimento da depressão, e a maneira como esta poderia interferir com a progressão das competências apropriadas à idade começaram por dar lugar a um conjunto relativamente restrito de publicações, embora conceptualmente ricas (Clarizio, 1989).

Uma das evidências da mediação do processo de desenvolvimento na expressão das desordens afectivas é a do aumento gradual da frequência da depressão após a infância (Cantwell, 1990). No entanto, este autor afirma que é possível existir depressão ao longo de todo o ciclo de vida. Contudo, as crianças e adolescentes exibem mudanças emocionais rápidas e muito dependentes do contexto.

Kovacs (1989) refere que é possível que a idade e a experiência interfiram com o significado e a expressão deste comportamento e com a frequência com que surge e deve ser entendido nos mais novos.

No início da infância, a criança é limitada na fluência verbal necessária para se reconhecer e expressar o afecto depressivo ou qualquer sentimento ou cognição. A depressão é, assim, manifestada e avaliada primariamente através do seu comportamento exteriorizado e do seu humor global (Marujo & Silva, 1999). No início da escolaridade, parece começar a ser possível a expressão verbal de sentimentos, mas estes poderão ser mediados pela fantasia ou pela imaturidade na compreensão da realidade. O avançar no desenvolvimento vai permitir uma expressão comportamental do humor mais óbvia, menos dúbia para o próprio e para os outros, e trará progressivas capacidades de auto compreensão e verbalização de estados internos. O atingir destas capacidades aumenta a probabilidade de se reconhecer as manifestações depressivas.

Segundo Weiss (1992), quando atinge o pensamento formal, o adolescente ganha acesso ao raciocínio sobre o abstracto e, conseqüentemente, à possibilidade de atender e

preocupar-se com questões morais e sociais. Acede também à noção de inadequação moral e de culpa. Nas crianças, por seu lado, incapazes deste tipo de pensamento, as atribuições de responsabilidade e de culpa pelos seus próprios comportamentos são realizadas com base nas consequências da quebra das regras anteriormente estabelecidas. Este autor refere ainda que, mesmo que os sintomas depressivos isolados possam sofrer adaptações específicas às capacidades desenvolvimentais, a síndrome depressivo pode encontrar-se em qualquer ponto do ciclo de vida.

Segundo Kovacs (1988), a presença de depressão clínica nas crianças de idade pré-escolar e escolar, bem como nos adolescentes, reduz a progressão do seu desenvolvimento cognitivo nalgumas áreas e interfere com a aprendizagem e com a aquisição de competências verbais.

A depressão é vista, por alguns autores, como potencialmente desastrosa nas suas consequências, sendo encarada, em especial nas crianças, como uma ameaça para o próprio processo de desenvolvimento (Cicchetti, 1984). Neste sentido, deve ser estudada não apenas na forma como afecta a adaptação do sujeito, mas também para entender como impede ou atrasa o progresso do desenvolvimento.

Em síntese, quando a criança chega à vida, passando da segurança do ventre materno para um exterior, já vivenciou inúmeras experiências marcantes. Ao longo do seu desenvolvimento, vai adquirindo novas competências que lhe permitem integrar-se no meio ambiente. O melhor ingrediente para que se desenvolva adequadamente está no afecto e nas relações securizantes que estabelece com o meio exterior (Gomes-Pedro, 2002). A ausência de vínculos afectivos e os factores do meio ambiente podem influenciar o seu desenvolvimento psíquico equilibrado, e consequentemente conduzir a patologias depressivas.

CAPITULO III – O AUTO-CONCEITO

3.1. DEFINIÇÃO DO AUTO-CONCEITO

O estudo do auto conceito sofreu um profundo desenvolvimento a partir de 1960 com autores como Gorgon & Gergen que publicaram 200 publicações relativas ao self⁸. Esta abundante produção de trabalhos concedeu importância ao estudo do auto conceito no âmbito da Psicologia da Educação. Esta fascinação contínua pelo estudo do auto-conceito poderia explicar-se por constituir o núcleo mais central da personalidade e da existência, e por ser ele o grande “determinante dos pensamentos, sentimentos e comportamentos” (Rosenberg, 1985). Para Willis & Campbell (1992), a maior parte da personalidade de um indivíduo pode ser inferida através da forma como ele se comporta consigo próprio, estando o comportamento dependente da forma como este se percebe a si próprio, como se avalia e se comporta consigo mesmo.

As rápidas transformações da sociedade contemporânea, cada vez mais tecnológica e impessoal, exigem de cada ser humano uma identidade consigo mesmo, maior que noutros tempos, e portanto uma necessidade de conhecer-se a si mesmo e de saber responder à questão “Quem sou eu?”.

A definição do auto-conceito tem sido alvo de confusão devido à sua complexidade, às suas numerosas facetas, à variedade dos termos utilizados, bem como às diferentes perspectivas teóricas existentes (O’Mara, 2003).

O conhecimento do self não está organizado sobre uma estrutura estática, mas como uma estrutura dinâmica que ininterruptamente interpreta e organiza as acções e experiências relevantes para o self e que, conseqüentemente, medeia e regula os comportamentos e afectos (Oosterwegel & Oopenheimer, 1993). Deste modo, o auto conceito pode ser definido como a “percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito, que devido a isso, forma de si” (Vaz Serra, 1988).

Para Adler (cit. In Ferguson, 2000), o self apresenta-se como um sistema altamente personalizado e subjectivo, através do qual o sujeito interpreta e dá significado às suas experiências. Este autor considera a pessoa como um ser consciente, conhecedor das razões dos seus comportamentos, e capaz de organizar e dirigir as suas acções com um conhecimento total do que estas implicam na sua auto realização.

Segundo Burns (1986), o auto conceito é composto por imagens acerca do que o indivíduo pensa sobre ele mesmo, o que pensa que consegue realizar e o que pensa que os outros pensam dele. Serra (1986) refere que, por um lado, as relações interpessoais que o indivíduo estabelece e o modo como se relaciona com os outros são influenciados pelo conceito que tem de si próprio, e pelo outro, defende que o auto conceito também se pode

⁸ Self - Combinação das características físicas e psicológicas únicas em cada indivíduo.

modificar ao longo da vida, devido às experiências relacionais e aos contextos sociais em que vive.

Faria e Fontaine (1992) definem o auto conceito como sendo a “percepção que o indivíduo tem de si próprio, das suas capacidades e competências em vários domínios da existência como, por exemplo, o social, o físico, o cognitivo e o emocional”.

De acordo com Serra (1986), essas percepções são formadas a partir das experiências vivenciadas pelo sujeito e das interpretações que faz sobre o meio envolvente. Para este autor, os reforços que o sujeito recebe e o significado que o indivíduo dá aos seus comportamentos são factores preponderantes na construção do auto conceito.

Com efeito, vários autores defendem que o auto conceito é formado através das experiências, interpretações e interacções sociais do indivíduo (Shavelson & Bolus, 1982; Weiss, 1987; Fox, 1998).

Harter (1998) reserva o termo auto conceito para julgamentos avaliativos de atributos em domínios como competência cognitiva, aceitação social ou aparência física. Também, pode ser definido como a imagem que temos de nós próprios (Papalia; Olds & Feldman, 2001). É aquilo que acreditamos ser – o quadro global das nossas capacidades e traços. É uma estrutura cognitiva com tonalidades emocionais e consequências comportamentais, um “sistema de representações descritivas e avaliativas do self”, que determina como nos sentimos acerca do nós próprios e orienta as nossas acções (Harter, 1993).

Para Ziller (1973), o auto conceito é considerado uma essência, uma estrutura que tem a sua origem na experiência social, conceptualizado como a maneira como o indivíduo percebe os outros, supõe que os outros o percebem e modo como os demais percebem o indivíduo.

L’Ecuyer (1985) define o auto conceito como o conjunto das percepções, das representações, das avaliações e das imagens que o sujeito tem de si mesmo, incluindo as ideias que tem da maneira como é visto pelos outros.

Costa (2001) descreve o auto conceito como o conjunto de pensamentos e sentimentos que se referem ao self enquanto objecto constituindo um reflexo do indivíduo tal qual se percebe.

Peixoto & Almeida (1999) definem o auto conceito como o conjunto de cognições que o sujeito possui sobre si próprio, nos diferentes contextos e tarefas em que se envolve. Subjacente a esta definição encontra-se a ideia de que o auto conceito possui uma estrutura multidimensional, uma vez que o facto de o sujeito evoluir em múltiplos contextos e se implicar em diferentes tarefas, leva a que elabore cognições sobre os seus desempenhos nesses situações.

Faria (2002) conceptualiza auto conceito de uma forma global, enquanto percepção que o indivíduo tem de si próprio e, em termos específicos, como atitudes, sentimentos e

auto-conhecimento acerca das suas capacidades, competências, aparência física e aceitabilidade social.

Para Jesus e Gama (1991, citado por Roldão, 2003), o auto conceito refere-se à forma como o indivíduo se vê, isto porque, nenhum adulto ou criança se sente neutro em relação às suas características. A avaliação que é feita dos seus atributos pessoais contribui para o sentimento de auto estima que está intimamente associado ao auto conceito.

Esta divergência sobre a definição do auto conceito deriva do facto de alguns autores defenderem a dimensionalidade deste constructo, ou seja, se o auto conceito constitui uma entidade global, ou se pelo contrário tem um carácter específico.

A posição unidimensional sugere que existe um só factor geral ou global, que domina outros mais específicos, e que os diversos factores não podem ser adequadamente diferenciados (Marsh, 1997; Piers-Harris, 1977). Deste modo, a abordagem unidimensional caracteriza o auto-conceito como um somatório de auto-descrições positivas e negativas.

Por outro lado, diversos autores apontam para a multidimensionalidade do auto conceito (Shavelson & Marsh, 1986).. Veiga (1996) considera que não existe um auto conceito mas uma variedade deles, com diferentes graus de importância.

A concepção multidimensional do auto conceito tem por base os trabalhos de James (1980) e Mead (1934) para quem os vários “eus” se desenvolvem em razão das experiências sociais dos indivíduos. Pode-se, assim falar de diferentes “eus”, por exemplo um “eu” familiar, que diz respeito às atitudes frente à família, ou de um “eu” escolar, formado nas relações com professores e colegas. Cada contexto acaba por determinar diferenças no auto conceito dos indivíduos.

Em 1976, Shavelson, Hubner e Stanton propõem um modelo que contempla a multidimensionalidade do self regido por uma estrutura hierárquica. Este modelo apresenta o formato de raiz, obedecendo à ideia de um auto conceito global no seu topo e a dimensionalidade representando sub-níveis. Assim, no topo da hierarquia situa-se o auto conceito geral, depois descendo na hierarquia encontram-se duas categorias de leque largado: o auto conceito académico e o não académico. O auto conceito académico baseia-se nos conteúdos de carácter escolar enquanto que o não académico diz respeito ao social, emocional e físico. Cada domínio é considerado como representando os efeitos combinados de percepções de um nível inferior da hierarquia, numa série de sub-domínios de maior especificidade. Isto é, à medida que se desce em termos hierárquicos, encontra-se a avaliação do comportamento e de atributos em situações cada vez mais específicas e diferenciadas, autónomas entre si.

Neste enquadramento, o auto conceito foi concebido como multidimensional, hierárquico, consciente, evolutivo, avaliativo e auto descritivo (Veiga, 1996).

As percepções e avaliações de situações específicas permitem influências que se vão progressivamente organizando, daí falar-se em auto conceito hierarquizado. Constitui-

se como uma organização hierarquizada de um conjunto de percepções e avaliações que envolvem vários aspectos e que correspondem ao modo como cada indivíduo percebe ou avalia diferentes aspectos da sua personalidade (Hernaez, 1999).

O indivíduo tem percepção de si próprio como um todo, a par de atitudes particulares, relativas a dimensões específicas que interagem e se correlacionam com essa totalidade.

O auto conceito apresenta-se como estável, diminuindo essa estabilidade à medida que vai descendo na hierarquia (Shavelson e Bolus, 1982).

Paralelamente ao fenómeno de socialização, que vai evoluindo desde a infância até à idade adulta, também o auto conceito se vai tornando cada vez mais multifacetado com a evolução do desenvolvimento humano. Assim e de acordo com Simões (1991), o auto conceito vai adquirindo múltiplas facetas com a idade.

No que se refere ao seu aspecto avaliativo, o auto conceito de um indivíduo vai permitir-lhe descrever-se e avaliar-se nas diferentes situações que vive através dos sentimentos que experimenta. O auto conceito permite um tipo de feedback particular que é a auto-avaliação; esta torna possível ao indivíduo efectuar uma certa retrospectiva dos seus comportamentos numa determinada situação, averiguando quais os mais adequados e daí retirar informação útil para outras situações (Simões, 1991).

3.2. DESENVOLVIMENTO DO AUTO CONCEITO

“Quem sou eu? Ah, isso é o grande puzzle”, disse Alice no “País das Maravilhas”, depois do seu tamanho ter mudado abruptamente – de novo. A resolução do “puzzle” de Alice constitui um processo para toda a vida e que consiste em conseguir conhecer-se a si próprio.

O auto conceito não é inato, constrói-se e define-se ao longo do desenvolvimento do indivíduo, por influência das diferentes experiências que tem na sua relação com o meio social, familiar, escolar, e, também o resultado de êxitos e fracassos vividos.

Na perspectiva fenomenológica, a conduta do ser humano é determinada principalmente pela percepção do mundo. Segundo esta teoria, o auto conceito desenvolve-se e mantém-se basicamente a partir das percepções do mundo exterior.

Na perspectiva cognitivista, a cognição proporciona um dos vínculos mais importantes entre a pessoa e o meio. Os indivíduos diferem no modo como percebem e conceptualizam o mundo e o seu próprio eu (Veiga, 1995).

Na óptica cognitivo-desenvolvimentista, o auto conceito constrói-se ao longo da vida, sendo um constructo que passa por diferentes etapas, variando as suas estruturas e o grau de importância das suas dimensões.

Para Serra (1988) existem quatro tipos de influências que determinam o desenvolvimento do auto conceito. São elas: (1) A forma como os outros observam um indivíduo e o conseqüente feedback que lhe transmitem; (2) A percepção que o indivíduo tem do seu desempenho nas várias situações; (3) A comparação que faz do seu comportamento numa dada situação, com a dos seus pares sociais; (4) A avaliação que faz de um determinado comportamento relativamente aos valores aceites pelo seu grupo de referência.

Deste modo, pode dizer-se que este constructo ajuda a compreender a uniformidade, a consistência e a coerência do comportamento, a formação da identidade pessoal, e por que razão determinados padrões de conduta se mantêm com o evoluir do tempo.

A emergência do auto conceito inicia-se com a formação da imagem corporal. A criança ao nascer constitui um conjunto indiferenciado, o recém-nascido não tem consciência de si mesmo, todo o seu comportamento se relaciona com a satisfação das necessidades físicas e a aprendizagem dos limites do seu corpo.

O aspecto dominante desta fase é a emergência do si mesmo através da diferenciação do “si mesmo” e “não si mesmo”. Nesta fase, cada atenção, cada carícia, cada gesto propicia a estruturação de imagens anteriores que reflectem a sensação de ser aceite, valioso. Isto constitui uma prova da sua individualidade e reforça o sentimento da sua própria valia, ao mesmo tempo que delimita entre aquilo que a criança reconhece nele, daquilo que possui e o que faz. Os comportamentos de imitação e os jogos de alternância de papéis desempenham um papel chave durante esta etapa.

Com o desenvolvimento cognitivo e o surgimento da linguagem emergem outras formas de auto-conhecimento: “estas aquisições desenvolvimentais são rapidamente seguidas pelas primeiras categorias que podem definir o self” (Costa, 2001).

Um factor que merece especial relevância na aquisição do auto conceito é a aprendizagem que a criança faz do seu género sexual, “ uma criança de dois anos pode dizer “eu sou uma rapariga, não um rapaz” (categoria do género) (Harter, 1988; Costa, 2001).

A partir dos cinco anos, produz-se a expansão do auto conceito. A criança experimenta o extenso e complicado mundo dos adultos, adapta-se a novas formas de avaliação de competências e atitudes, assim como de novos interesses.

No desenvolvimento da criança, os contextos que exercem maior influência no seu auto conceito são o contexto familiar e o escolar. A informação proporcionada pelos pais, professores e colegas representa uma importante fonte para o desenvolvimento (crescimento) do auto conceito (Mertens & Dustin, 1996). Este período é relevante na formação do auto conceito geral e especialmente do académico.

A criança aprende a integrar-se no marco escolar e a integrar novas percepções de si mesma. Aumenta a importância dos pares, o sentimento de pertença ao grupo influencia o sentido de identidade.

Também a família desempenha um papel significativo no desenvolvimento do auto conceito. Willie (1979) defende que “os pais moldam e formam as ideias e os sentimentos da criança sobre o tipo de pessoa que é e que gostaria de ser”.

Serra e *cols.* (1987) referem que uma atmosfera familiar positiva e agradável desempenha uma grande importância para a constituição de um bom auto-conceito.

O impacto dos estilos educativos dos pais no desenvolvimento da criança parece óbvio. Filhos educados em ambientes pautados pela agressividade e autoritarismo dos pais, para além de mais frequentemente agressivos face aos seus pares, apresentam maior propensão para desajustes emocionais e sociais, assim como níveis mais baixos de auto conceito (Weiss & Schwarz, 1996).

Simões (1997) refere que crianças que vivenciam experiências emocionalmente adequadas de suporte com as figuras parentais estabelecerão conceitos amorosos e adequados de si. Em contrapartida, as experiências de rejeição tendem a formar padrões de eu desvalorizados.

Oliveira (2000) ressalta que um ambiente com limites claros, disciplina, calor e afecto são favoráveis para a formação positiva do auto conceito.

No período escolar, até à adolescência, a criança incorpora a opinião dos outros na formação da definição do seu self (Costa, 2001). Nesta fase, apesar de existirem menções negativas aos atributos do self, verifica-se também a emergência de mecanismos através dos quais o potencial impacto negativo naquele pode ser reduzido, protegendo-o.

Com a chegada da adolescência e respectivas mudanças corporais, o indivíduo começa a questionar-se sobre o seu próprio Eu, visto que tais alterações implicam uma constante adaptação da imagem corporal (Ostgard-Ybrandt, 2004). É durante esta fase que a construção de uma representação pessoal sobre o que é e qual a posição do indivíduo no mundo adquire grande importância na vida psíquica do adolescente (Shaffer, 2005).

O adolescente consolida o seu auto conceito através do contexto social que frequenta e as informações que dele retira (Shepard, 2003). Segundo Shaffer (2005), o auto conceito evolui nas interações sociais, revelando deste modo a importância do relacionamento interpessoal na sua construção. Este autor utiliza o termo de “self espelhado” para enfatizar que a compreensão de uma pessoa sobre si mesma é o reflexo da reacção dos outros a ela: o auto conceito é, neste sentido, a imagem projectada por um espelho social.

Assim e durante este período, um dos grandes aspectos que caracterizam as auto-descrições ao fazer referência ao self é o uso de conceitos abstractos. Como refere Harter

(1988), o adolescente descreve o seu estado psicológico interior, características que descrevem o mundo de sentimentos, pensamentos e personalidade do adolescente.

Os papéis sociais desempenham um importante papel para a compreensão das potencialidades das habilidades do adolescente e quais as que valoriza, sendo que essas constituirão os alicerces da sua auto imagem (Shepard, 2003).

Durante a adolescência tem lugar a procura de diferenciação que conduz à asserção da própria identidade num auto conceito personalizado.

Palácios & Hidalgo (2000) referem que o auto conceito é menos diferenciado em idades precoces tornando-se mais diversificado e complexo no final da adolescência.

Em síntese, realça-se que o auto conceito é um dos aspectos importantes no desenvolvimento do indivíduo, pois este vai evoluindo progressivamente ao longo da vida. Pode caracterizar-se como um processo de aprendizagem que se inicia quando a criança começa a diferenciar o “eu” e o “não eu”, ou seja, cada sujeito está “inatamente preparado para aprender sobre e consigo próprio” (Carapeta; Ramires & Viana, 2001). Assim, o auto conceito pode ser definido como a ideia que cada sujeito forma acerca de si próprio, das suas capacidades, atitudes e valores nas diferentes esferas existenciais: física, social e moral (Capareta e cols., 2001).

O auto conceito vai-se modificando e consolidando no decorrer do desenvolvimento do indivíduo, apresentando uma maior estabilidade com a passagem pelas diferentes fases da adolescência, dado que é nesta que se verifica uma mudança significativa no estabelecimento do auto conceito.

A escola constitui uma entidade activa para o progressivo desenvolvimento deste constructo, uma vez que é com a entrada na escola que o número de relações sociais aumenta, contribuindo de forma efectiva na manutenção, aumento e mudança do mesmo (Pereira, 1991).

3.3. AUTO CONCEITO E DEPRESSÃO – QUE RELAÇÃO?

A avaliação que o indivíduo faz de si próprio e das suas competências é um dos factores mais importantes do self e pode influenciar para além de todos os aspectos do seu comportamento, o seu bem-estar psicológico (Cavaco, 2003).

Adolescentes que desvalorizam as suas capacidades, que não acreditam em si próprios e que, por isso, abandonam, desistem e evitam as situações que os desafiam colocando em causa o seu auto conceito, desenvolvem reacções emocionais desajustadas, ansiedade, depressão e “abandono aprendido” (Fontaine & Faria, 1989).

Os níveis de auto conceito desencadeiam comportamentos diversos como se pode observar no Quadro 15:

Quadro 15 – Relação entre Níveis de Auto conceito (adaptado de O' Mara, 2003; Shapka & Keating, 2005)

| Altos níveis de auto conceito | Baixos níveis de auto conceito |
|--|--|
| Maior felicidade Maior interação social Melhores estratégias de coping ⁹ Melhor desempenho académico | Baixo rendimento académico Violência Depressão Suicídio |

Segundo Barros (1996), o auto conceito constitui o ponto de partida e o quadro de referência do indivíduo na organização do seu comportamento. Enquanto que um pobre auto conceito pode significar aspectos patológicos da personalidade e do comportamento, um bom auto conceito corresponderá a um melhor desempenho do indivíduo. Neste sentido, um pobre auto conceito correlaciona positivamente com a ansiedade e a depressão. Na realidade, diversos autores (Fitts, 1972; Wells & Marwell, 1976; Fleming & Courtney, 1982) têm destacado a relação entre aspectos do auto conceito e sintomas depressivos, pelo que quanto mais baixo o auto conceito maior a facilidade em desenvolver sintomas depressivos.

Beck (1987, citado por Marcelli, 2002) referiu que um auto-conceito negativo e a interpretação negativa das experiências da vida e das experiências em geral levam a sentimentos de desespero e desamparo que podem conduzir à depressão.

Efectivamente, os resultados de um estudo realizado por Serra (1986) apontam para a existência de uma correlação positiva entre auto conceito e depressão.

Os dados empíricos de diversos estudos (Serra, 1986; Serra e Pocinho, 2001; Melo, 2005; Melo, 2007) apoiam a ideia de que um auto conceito positivo ajuda a pessoa a ter uma percepção positiva de si próprio, a perceber o mundo de forma menos ameaçadora, a ter estratégias de coping mais adequadas, a desenvolver competências relacionais de ajuda e a sentir-se bem consigo e com os outros. Pelo contrário, um auto conceito pobre está directamente relacionado com fracasso escolar, dificuldades nas relações interpessoais, perturbações do foro emocional e desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

3.4. AUTO CONCEITO E INSTITUCIONALIZAÇÃO

O sentimento de não ser importante e de ser esquecido, que resulta da institucionalização (Machado & Gonçalves, 2002) pode dificultar a formação de um bom auto conceito.

A institucionalização pode exercer um impacto negativo nomeadamente ao nível da estigmatização e discriminação social, pelo que os próprios indivíduos institucionalizados irão desenvolver processos de diferenciação negativa, através da desvalorização e auto-

⁹ Coping – Conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas e externas que são avaliadas como excessivas ou as reacções emocionais a essas exigências.

discriminação, construindo, deste modo, um auto conceito negativo (Medeiros & Coelho, 1991 in Machado & Gonçalves, 2002).

Importa reconhecer que a institucionalização prolongada no tempo, e quando não é pensada na lógica da construção e prossecução de um projecto específico de vida para cada criança ou adolescente, acaba por reproduzir e consolidar o risco social e psicológico inicial que justificou a sua efectivação. A institucionalização pode revelar-se um factor de risco pela ausência de oportunidades ou de desinvestimento noutras alternativas (Carvalho, 2000; Formosinho e cols., 2002).

Com efeito, de acordo com os resultados de diferentes estudos (Strecht, 2000; Vilaverde, 2000; Formosinho e cols., 2002), as crianças institucionalizadas tendem a desenvolver padrões comportamentais problemáticos como a dificuldade em resistir à frustração, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, sentimentos depressivos e imagens auto-depreciativas (auto conceito baixo), instabilidade emocional, entre outros. A gravidade da situação parece aumentar à medida que aumentam a precocidade e o prolongamento no tempo do seu internamento institucional (Vilaverde, 2000; Delgado, 2003).

Nesta linha, Rollinson (2004) sugere que um dos factores decisivos no sucesso desenvolvimental de crianças institucionalizadas é o modo como cada jovem interpreta os “prestadores de cuidado” que vivem (com ele) na instituição.

Em síntese, o indivíduo que faz auto-avaliações negativas em relação ao seu estado, revela uma percepção desintegrada e distorcida do mundo e de si próprio, o que conduz ao desenvolvimento de uma patologia depressiva (Ramião, 2002). Assim, sujeitos que manifestam baixo auto conceito têm maior probabilidade de desenvolver depressão, ansiedade e outras patologias (Moreira, 2003).

A infância é vivida e percebida como uma fase que possui especificidades, mesmo que, concretamente, o quotidiano das crianças e/ou jovens institucionalizados seja repleto de carências. Quando estas crianças conseguem – apesar do “desenraizamento” – sobreviver, questionam a sua imagem e tudo o que as rodeia o que resulta num imagem de si negativa e mais propriamente um auto conceito baixo (Almeida, 2002). Canha (2000) refere, ainda, que menores institucionalizados tendem a apresentar uma baixa dimensão de auto conceito e elevados níveis de depressão.

CAPÍTULO IV – VANTAGENS E DESVANTAGENS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

A preocupação relativa aos efeitos prejudiciais da institucionalização no desenvolvimento e na saúde (física e sobretudo mental) do sujeito é relativamente recente.

Goffman (1978, citado por Carvalho, 1999), define a instituição como um lugar de residência e de trabalho onde grande número de indivíduos, colocados na mesma situação, desprovidos do contacto com o mundo exterior por um período relativamente longo, levam em conjunto uma vida fechada cujas modalidades são explícitas e minuciosamente reguladas.

A institucionalização na sua valência assistencial surge de forma proeminente no século XVIII (Ribera, 1996), visando essencialmente a protecção e apoio às crianças deficientes, mas caracterizando-se pela baixa qualidade de atendimento (Carvalho, 2000). Segundo Jimenez (1975, citado por Machado & Gonçalves, 2002) imperava a ideia de que era preciso proteger a pessoa normal da não normal, ou seja, esta última era considerada um perigo para a sociedade. Também acontecia o contrário: considerava-se que era preciso proteger o deficiente dessa sociedade. No entanto, o objectivo do internato é proteger a criança, criar-lhe condições de desenvolvimento e de bem-estar, que não são asseguradas pelo contexto familiar (Alberto, 2002).

Segundo Weber & Kossobudzi (1993), a institucionalização de crianças constitui um dispositivo jurídico-técnico-policial que pretende ter o objectivo de “proteger a infância”. Na realidade o que ocorre é simplesmente o afastamento de crianças e adolescentes do convívio social, o que pode desenvolver a nível psicopatológico perturbações graves. Estes autores referem que após a institucionalização, existe uma probabilidade bastante grande de abandono nas instituições.

Segundo Raymond (1996;1998), as vantagens da institucionalização para as crianças e/ou jovens que nela vivem são: (1) proporcionar um ambiente securizante; (2) conter as angústias e (3) promover o desenvolvimento pessoal e a construção da identidade.

Os contextos familiares de origem destas crianças e adolescentes caracterizam-se pela desorganização, instabilidade e imprevisibilidade, que provocam na criança insegurança e angústia (Raymond, 1998). A função securizante da instituição passa pelo estabelecimento de regras e de rotinas diárias que protegem da imprevisibilidade geradora de ansiedade e criam um sentimento de segurança nos indivíduos que dela fazem parte (Medeiros & Coelho, 1991). A instituição deve ser calorosa, isto é, dar importância ao indivíduo, em todas as actividades ao longo do dia (Raymond, 1996).

A vivência na instituição e particularmente, a relação com os prestadores de cuidados permite às crianças e/ou jovens tomar consciência de que os seus medos não são forçosamente fundados, diminuindo assim a sua angústia. As atitudes de confiança e de

segurança dos prestadores de cuidados devem ser articuladas com a firmeza e empatia, sem confundir a autoridade com o autoritarismo (Raymond, 1998). Devem, também, privilegiar o papel fulcral da informação reduzindo assim a instabilidade e a imprevisibilidade, ajudando a criança a construir uma imagem mais organizada, estável e lógica da realidade. Ainda no sentido de superar a angústia vivenciada pelas crianças, devem actuar com congruência e coerência, de forma a estabelecer a continuidade entre os seus discursos e as suas acções, entre o que exigem e o que eles próprios fazem. A instituição deve promover contextos de expressão de sentimentos positivos, de bem-estar, de situações festivas, com vista à superação da componente depressiva presente em muitas destas crianças, distanciadas das suas famílias, desvalorizadas e que aprenderam a viver o dia-a-dia sem esperar nada do futuro (Alberto, 2002).

A colocação extra-familiar deve ser entendida não apenas como o suprimento estrito de uma falha ao nível do contexto parental, mas como oportunidade de ganhos efectivos, tanto para a criança como para a família (citação de Paula Cristina Marques Martins¹⁰).

As crianças em regime de internato desenvolvem, muitas vezes, sentimentos de culpabilidade, desvalorizam-se quer na dimensão física, “acham-se feios”, quer na dimensão social (consideram-se “maus”), desenvolvendo concomitantemente atribuições externas de controle, com ausência de construções de sonhos, de projectos. Sentem que têm um futuro breve e dramático (Weber, 2000). Para Raymond (1996), a sua identidade é o resultado de um destino fatal, no qual eles não têm qualquer participação. Neste sentido, a institucionalização é vantajosa uma vez que possibilita a construção e reconstrução do eu através da reconstituição das percepções das crianças relativamente: (1) ao seu passado – (Re) formulação do passado; (2) à sua família; (3) à sua própria personalidade e (4) ao seu futuro – através da construção de novos projectos, criando expectativas positivas em relação a si, aos outros e à vida propiciando assim condições estruturais e dinâmicas favorecedoras da autonomia e independência (Zurita & Fernandez del Valle, 1996).

Refira-se a este propósito que a maior parte das instituições portuguesas de acolhimento prolongado desenvolve um tipo de processo de preparação dos jovens para a autonomia. Este apoio pode assumir uma diversidade de formas ou modalidades que vão desde o acompanhamento técnico, integração profissional, apoio financeiro e social até à passagem para um equipamento¹¹ de transição (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000).

De acordo com a investigação no domínio do acolhimento institucional, este tipo de resposta apresenta um conjunto de vantagens diferenciais particularmente benéficas para os adolescentes tais como: (1) É sujeito a menos rupturas e adaptações mal sucedidas do que os outros tipos de colocação, que registam probabilidades de interrupção não previstas

¹⁰ Professora no Instituto de Estudos da Criança – Universidade do Minho.

¹¹ Equipamento de Transição – consiste num apartamento social que permite autonomizar os indivíduos institucionalizados sempre com retaguarda da Instituição de Acolhimento.

muito superiores; (2) Facilita o contacto pais-filho(a) e promove envolvimento e a proximidade da família biológica e alargada – sendo esta última de extrema importância funcionando como estrutura de apoio e rede de suporte; (3) Constituem contextos mais estruturados e organizados, com limites claramente definidos para os comportamentos; (4) Facilitam o estabelecimento de laços com diferentes pares e adultos; favorecem o sentimento de pertença e de cooperação em relação ao grupo; (5) Promovem a interiorização dos valores e padrões de conduta grupais, criando condições de ensaio na tomada de decisões em conjunto – enfim, favorecem a identificação com o grupo de pares e o desenvolvimento da própria identidade mediante atitudes, papéis e condutas no grupo (Martins, 2005).

Se a função da institucionalização é proteger a criança das condições negativas que caracterizavam o seu contexto familiar e promover o seu desenvolvimento e bem-estar, os estudos com crianças institucionalizadas apontam tendencialmente para sintomas que poderão pôr em causa os efeitos dessa institucionalização. Assim, a institucionalização é acompanhada, quer individualmente quer socialmente, de implicações de carácter negativo.

Alberto (2002) entende que, pelas suas características, qualquer institucionalização pode comportar consequências negativas a diversos níveis, sobretudo pela vivência subjectiva de afastamento e abandono das crianças relativamente à família e pelas atribuições depreciativas e de auto-desvalorização que pode motivar. A institucionalização supõe riscos objectivos e reais, designadamente, de regulamentação excessiva de vida quotidiana, invasora da definição do espaço próprio; de que a vivência grupal interfira na organização da intimidade; de que a organização institucional e a permanência prolongada das crianças dificulte a construção da sua autonomia pessoal, na medida em que suspende a construção do projecto de vida; de que o profissionalismo na prestação de cuidados bloqueie o desenvolvimentos de vínculos e a expressão dos afectos.

Alberto (2002) enuncia que a institucionalização pode comportar consequências negativas a diversos níveis: (1) Vivência subjectiva de punição pela criança que é objecto desta medida; (2) Desresponsabilização da família, que assim se vê desqualificada no exercício da sua função. Como salienta, Bouchard (1997), constata-se um afastamento da família para com a criança; (3) Estigmatização social com implicações ao nível da auto-imagem e no modo como, na fase adulta, ajuízam o impacto desta experiência na sua infância e os sentimentos então desencadeados. Segundo Medeiros & Coelho (1991), são desenvolvidas imagens sociais dos indivíduos institucionalizados, que vão: (1) conduzir à construção de estereótipos e ao desenvolvimento de preconceitos por parte da sociedade face aos mesmos, que se traduz numa discriminação social; (2) partindo da interiorização dessas imagens sociais, os indivíduos institucionalizados desenvolvem processos de diferenciação negativa, pela auto-desvalorização e auto-discriminação que pode levar a um quadro depressivo; (3) Controlo social e acentuação das desigualdades socio-económicas.

De acordo com Carvalho (1999), a instituição poderá ter como função, não apenas proteger a criança, mas controlar socialmente certas famílias, de grupos sociais e culturas determinadas. Para Derdeyn & Graves (1998) a institucionalização constitui um factor de risco para o desenvolvimento, especialmente no que se refere ao rendimento escolar e o desenvolvimento global da criança.

A falta de estímulos e contactos emocionais e afectivos parece ser o factor mais importante no atraso do desenvolvimento. A vida em orfanatos ou outras instituições de acolhimento e, conseqüentemente, a carência de estimulação, a ausência de vínculos afectivos e a atenção emocional intrínsecas às mesmas tende a inibir as áreas da inteligência nas crianças de uma forma global, interferindo negativamente na coordenação motora geral, na interacção social e na linguagem (Derdeyn & Graves, 1998).

As crianças institucionalizadas são privadas do seu espaço subjectivo, dos seus conteúdos individuais, da realidade dos vínculos objectivos, são despojadas de experiências socio-psicológicas (Raffo, 1994), considerando-se que a instituição é uma “passagem” sem lugar para vínculos onde o mundo da criança é limitado em si mesmo e cheio de ausências onde a sensação é de vazio e de dor chegando à indiferença ou perplexidade (Weber, 2000).

Diversos autores realizaram vários estudos sobre o quotidiano de instituições que abrigam crianças e afirmam que a criança institucionalizada é o protótipo dos resultados devastadores da ausência de uma vinculação afectiva estável e constante e dos prejuízos causados por um ambiente empobrecido e opressivo ao desenvolvimento infantil (Altoé, 1991; Weber & Kossobudzi, 1993; Weber & Gomes, 1993).

De acordo com Santos & Marcelli (1996), o próprio processo de institucionalização pode ter um impacto negativo nas crianças no sentido em que as crianças internadas em instituições sentem o afastamento da família, especialmente dos irmãos.

Por outro lado, a institucionalização, ao promover a desresponsabilização das famílias, leva a que estas se afastem da criança, desenvolvendo nela o sentimento de não ser importante e de ser esquecido (Carvalho, 1999).

As crianças institucionalizadas interiorizam perdas significativas nas suas vidas, que acabam por deixar um vazio no seu mundo interior, o que pode conduzir a problemas de relacionamento, depressão e estrutura psicológica prejudicada (Dias, 1998).

Alberto (2002) cita os resultados de estudos que remetem para um eventual impacto negativo da institucionalização: (1) Níveis de depressão mais elevados em meninas internadas do que naquelas, das mesmas idades, que vivem no seio familiar; (2) Atrasos de desenvolvimento físico, psicomotor e intelectual, transtornos de vinculação, problemas de comportamento e perturbações emocionais; (3) Relação entre institucionalização e a depressão em crianças entre os 8-13 anos.

Numa pesquisa realizada por Weber & Gagno (1995) foram entrevistadas crianças internadas numa instituição, e verificaram que destes internos 70% nunca receberam visitas de seus pais ou familiares. Os prejuízos para a formação da sua identidade e para o seu desenvolvimento são evidentes: os sujeitos apresentam dificuldades em planejar e reflectir o seu futuro; são especialmente pessimistas em relação ao futuro e a possíveis relacionamentos afectivos. Parece que construíram hipóteses acerca do mundo tendo por base o abandono que sofreram (Weber & Gagno, 1995). O dramático desamparo vivido por estas crianças faz com que tenham uma visão muito negativa de tudo o que os rodeia, o que pode levar à depressão (Weiner, 1995).

A criança institucionalizada tem, geralmente, uma visão negativa de si mesma restringindo dessa forma as relações de aceitação social, que são reforçadas pelo estigma institucional, estigma esse que pode tornar-se uma profecia de fracassos na vida destas crianças (Bronfenbremer, 1996). No entanto, este autor afirma que “ os efeitos prejudiciais a longo prazo de um ambiente institucional física e socialmente empobrecido diminuem segundo a idade da criança no momento do ingresso. Quanto mais tarde a criança ingressa numa instituição, maiores probabilidades terá de recuperar de qualquer perturbação evolutiva depois da sua saída. Os efeitos mais sérios e perduráveis são mais prováveis entre os bebés institucionalizados, antes que a criança seja capaz de desenvolver um forte apego emocional em relação a um dos pais ou a outro prestador de cuidados”.

A base de todos os prejuízos da institucionalização é a impossibilidade de se formar e manter vínculos afectivos numa instituição total pois estes são o referencial primordial na elaboração da concepção de si e do mundo. É a vinculação afectiva que propicia as estimulações sensorial, social e afectiva fundamentais para que o indivíduo adquira amplas condições de aprendizagem em todas as áreas (Weber & Kossobudzki, 1996).

Essa impossibilidade de se formar vínculos afectivos numa instituição é determinada por vários factores: (1) elevado número de crianças por instituição; (2) tratamento massificado e despersonalizante no qual todos devem fazer a mesma coisa e nada possuir; (3) rotatividade dos funcionários; e (4) desligamento da criança à família e à comunidade.

Weber & Kossobudzki (1996) afirma que parece claro que a infância conturbada e privada de laços afectivos fortes traz consequências futuras para o repertório comportamental dos sujeitos para a sua auto-estima que pode definir de relacionamento com o outro e com o mundo em geral.

O período de permanência na instituição, bem como quanto mais prolongada e intensa for a experiência de privação, são proporcionais à gravidade das consequências a todos os níveis. Períodos superiores a 6-8 meses estão associados a uma elevada probabilidade de problemas múltiplos, persistentes e debilitantes (Gunnar, Bruce & Grotevant, 2000), embora o impacto negativo dependa das características das próprias instituições e do tipo de tratamento providenciado às crianças (Damião, 2002).

Alguns estudos têm sugerido que as possíveis alterações no desenvolvimento e na saúde mental de crianças internas podem ser estudadas.

Valência (1993), num estudo comparativo entre sujeitos do sexo feminino, de idades compreendidas entre os 6-17 anos, institucionalizados e que viviam com as suas famílias biológicas, encontrou níveis de depressão mais elevados nas primeiras.

Jonhson (2000), numa análise de várias investigações, verificou que eram visíveis em crianças institucionalizadas atrasos no desenvolvimento físico, psicomotor e intelectual, bem como perturbações a nível da vinculação, problemas graves de comportamento e emocionais, e depressão.

Raffo (1994), comparando 30 rapazes com idades entre os 8-13 anos em regime de internato, com 20 rapazes da mesma faixa etária na escola, verificou que os jovens institucionalizados apresentavam sintomas de depressão mais graves e que estes sintomas depressivos eram influenciados primordialmente pelo factor da institucionalização, se bem que o auto-conceito tivesse uma influência preponderante.

Batchelor (1999), ao estudar o impacto da institucionalização nas crianças, observou que estas demonstravam que o seu mundo interior ressoava intensamente o profundo percurso de perda e separação vivido na infância.

Num estudo exploratório realizado com 30 alunos, na faixa etária dos 10-16 anos em regime de internato, Machado & Gonçalves (2002) verificaram que apresentavam níveis médios elevados na *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças – Revista* (RCMAS) e no *Inventário de Depressão para Crianças* (CDI). Estes autores registaram, ainda níveis índices reduzidos de auto-estima, com discursos de auto-culpabilização e sentimentos de incompetência.

Dell'Aglio (2000), num estudo com crianças e adolescentes institucionalizados e não institucionalizados, observou uma diferença significativa nos níveis de depressão entre os sexos e entre os contextos em que inseriam as crianças (instituição ou família).

Hugden (1989, citado por Marcelli, 2002), comparou adolescentes institucionalizados com adolescentes normais e verificou que 23,6% dos adolescentes institucionalizados apresentavam perturbações depressivas, contra 11,8% nos adolescentes normais.

Christ (1981, citado por Marcelli, 2002) estudou crianças e adolescentes institucionalizados numa instituição ao longo do período de 21 anos e verificou que os problemas de suicídio representam 9% dos casos, os sintomas depressivos 19% e a depressão franca 8%. Este autor comprovou, ainda, que os sintomas «mascarados» da depressão tais como a violência, os comportamentos anti-sociais, as perturbações do carácter, e a toxicomania raramente são objecto de um diagnóstico de quadro depressivo.

Verron & Angel (1990, citado por Marcelli, 2002), realizaram vários estudos com crianças e adolescentes colocadas numa instituição e obtiveram os seguintes resultados: em 64 indivíduos institucionalizados com idades compreendidas entre 13 e 18 anos, 17%

apresentam uma perturbação depressiva major, 23,4% apresentam comportamentos suicidas.

Num estudo similar, Rosenstock (1985) obteve os seguintes resultados: 29,5% dos indivíduos com idades compreendidas entre 14-19 anos apresentam depressão enquanto que 41% apresentam comportamentos suicidas e/ou depressão.

Bouvard (1987, citado por Marcelli, 2002), retomou estes estudos e verificou que em 122 adolescentes 56,5% dos casos preenchem os critérios para o episódio depressivo.

Loubeyre (1991, citado por Marcelli, 2002), num estudo realizado com 114 crianças e adolescentes dos 11 aos 18 anos institucionalizados, encontrou 47 % de adolescentes deprimidos, 41% com perturbações da adaptação com humor depressivo e 6% com perturbações depressivas não específicas.

Regnault (1994, citado por Marcelli, 2002), levou a cabo um estudo prospectivo com 69 crianças e adolescentes colocadas em instituições especializadas (14-22 anos e em que 40,6% de raparigas e 59,4% de rapazes) e encontra 29% de episódios depressivos maiores com uma forte preponderância de raparigas. Este autor verificou igualmente a frequência de manifestações sintomáticas associadas (perturbações do comportamento alimentar, hipersónia diurna) à depressão.

Num estudo realizado com crianças e adolescentes, Santos & Marcelino (1996) verificaram que as crianças em regime de internato têm seis vezes mais probabilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos. Estes autores observaram, ainda, que o transtorno encontrado com mais frequência era a depressão em que 28,6% apresentavam a doença nos graus leve, moderado e grave.

Raymond (1998) verificou que as instituições que se regulam pelo recurso à violência física e/ou verbal, que não propõem projectos, que não promovem espaços de descompressão, que não explicam e informam das causas do internamento, nem estabelecem relações com o exterior, serão aquelas cujas crianças manifestarão mais sintomatologia.

Em síntese, se por um lado as instituições têm uma dimensão securizante e organizadora, revestem-se, por outro, de uma dimensão negativa ao atingirem “os mais ínfimos pormenores” da vida das crianças (Machado & Gonçalves, 2002), correndo o risco de os despojar da sua própria individualidade (Carvalho, 1999).

As consequências negativas da institucionalização parecem estar em grande medida associadas ao grau de privação em várias dimensões imposto às crianças pelas condições de acolhimento (Gunnar, Bruce & Grotevant, 2000).

Como refere Madeira (2000), temos de reconhecer que actualmente, a forma mais tradicional de encarar os problemas da criança em risco, e de a colocar numa instituição, apenas adia a responsabilidade, criando isolamento e exclusão sendo este acto sentido, muitas vezes, pela criança como uma punição.

No entanto, as consequências da institucionalização na recuperação das crianças dependem dos seguintes factores (Gunnar, Bruce & Grotevant, 2000): (1) Exposição precoce à adversidade; (2) Características institucionais; (3) Atenção dispensada à criança; (4) Idade da entrada e da saída; (5) Período de permanência; (6) Apresentação sinais de risco; e (7) Qualidade dos contextos pós-institucionais.

Falar da institucionalização das crianças é mais complexo que a mera análise das Instituições. Cada Instituição é um caso único, é uma entidade dinâmica, com identidade própria, como se de um ser vivo se tratasse. Cada Instituição é um organismo vivo, que se caracteriza e compõe de outros seres vivos, com vivências, afectos, projectos passados, presentes e futuros próprios.

Na opinião de Leandro (2002) é necessário um reforço destes equipamentos em termos quantitativos e qualitativos, uma vez que os centros de acolhimento desempenham um papel essencial na definição e acompanhamento dos projectos de vida das crianças.

A institucionalização de crianças e jovens constitui, em Portugal, a medida de colocação mais expressiva no que respeita ao acolhimento prolongado. Se o acolhimento institucional cruza o itinerário de vida destas crianças e jovens, está com ele comprometido não podendo reduzir-se a uma experiência pontual ou a um acaso isento de implicações, negando as ligações que servem de âncoras do presente e se projectem com consistência no futuro. Deve constituir, para além de uma dimensão de qualidade de vida e bem-estar dos menores, um vector de construção do seu desenvolvimento psíquico e sócio-afectivo.

CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO: DEPRESSÃO E AUTO CONCEITO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS.

Resumo

A presente investigação destina-se a avaliar o grau de depressão e auto conceito nas crianças e adolescentes institucionalizados. Consideramos factores como a idade, tempo de permanência, frequência de visitas e tipo de visitantes como variáveis independentes.

A nossa amostra foi constituída por 30 sujeitos sexo feminino, dos 8 aos 18 anos de idade do universo de duas instituições de acolhimento do distrito de Castelo Branco. Dos resultados obtidos pode concluir-se que não existe relação entre a depressão e o auto conceito nesta amostra de crianças e adolescentes institucionalizados.

Palavras – Chave: Depressão, Auto conceito, Institucionalização

Abstract

This research aims to assess the degree of depression and self-concept in institutionalised children and adolescents. We consider factors such as age, time, frequency of visits and type of visitors as independent variables.

The sample included 30 female children, aged 8-18 years old, of the universe of two institutions of the host district of Castelo Branco. Of the results can be concluded that there is no relation between depression and self-concept in institutionalised children and adolescents.

Key-words: Depression, Self-Concept, Institutionalization

INTRODUÇÃO

A importância do auto conceito tem vindo a ser progressivamente salientada no Campo da Psicologia (Veiga, 1989) no sentido em que este constructo reflecte a forma como o indivíduo se percepçiona e sente como pessoa total. Segundo Barros (1996), o auto conceito constitui o ponto de partida e o quadro de referência do indivíduo na organização do seu comportamento.

A depressão, conhecida classicamente pela designação de “melancolia”, constitui uma das formas clínicas mais comuns. Algumas características do indivíduo e do seu ambiente parecem potencializar os riscos para a depressão como o aumento da idade, género feminino, baixo nível socio-económico, traços de personalidade específicos e

presença de factores ambientais desencadeantes como perda e afastamento dos pais (Dell’Aglío & Hutz, 2004).

Diversos estudos apontam para que vivências traumáticas na infância, como perda de vínculos afectivos ou privação de um ou ambos os pais por separação ou abandono, sejam factores de risco importantes para a depressão (Zavaschi e cols., 2002), embora outras pesquisas sugiram que a institucionalização pode ou não constituir um factor de risco (Carvalho, 2002; Yunes, Miranda & Cuello, 2004).

De facto, os ambientes institucionais pretendem ser securizantes, proporcionarem bem-estar e serem promotores da construção da identidade (Alberto, 2002). No entanto, é nas instituições que surgem dificuldades na gestão de emoções e de sentimentos por parte dos menores que as frequentam, o que pode estar associado ao desenvolvimento de um funcionamento depressivo, devido à ausência ou pouco contacto com a família (Harrington, 2000; Yunes e cols., 2004). Diversos estudos mostram que crianças e jovens institucionalizados apresentam comportamentos e emoções associados à depressão (Raslaviciene & Zaborshis, 2002). Na verdade, este funcionamento depressivo surge associado à percepção de abandono (Siqueira & Dell’Aglío, 2006), que se agrava à medida que o tempo de institucionalização aumenta (Ellis, Fisher & Zaharie, 2004). De facto, a separação ou afastamento das figuras significativas poderá constituir um factor viabilizador do surgimento da depressão (Machado, 2002), na medida em que as crianças e jovens institucionalizados apresentam uma fragilidade psicológica, e conseqüentemente uma maior vulnerabilidade que as coloca em situação de risco (Leite & Schmid, 2004).

Assim, o presente estudo orienta-se no sentido de analisar a realidade da problemática da depressão e auto-conceito na criança e/ou adolescente em situação de institucionalização. Fundamenta-se na convicção de que as crianças e/ou jovens institucionalizados tendem a desenvolver padrões comportamentais problemáticos, como a dificuldade em resistir à frustração, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, sentimentos depressivos e imagens auto-depreciativas (auto conceito baixo), instabilidade emocional, entre outros (Strecht, 2000; Vilaverde, 2000; Formosinho e cols., 2002).

Alberto (2002), nos seus estudos, encontrou uma relação entre institucionalização e a depressão em crianças entre os 8-13 anos.

Num estudo realizado com crianças e adolescentes, Santos & Marcelino (1996) verificaram que as crianças em regime de internato têm seis vezes mais probabilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos. Estes autores observaram, ainda, que o transtorno encontrado com mais frequência era a depressão, e que 28,6% apresentavam a doença nos graus leve, moderado e grave. Valência (1993), num estudo comparativo entre sujeitos do sexo feminino, institucionalizados e que viviam com as suas famílias biológicas, de idades compreendidas entre os 6-17 anos, encontrou níveis de depressão mais elevados nas primeiras. Jonhson (2000), numa análise de várias investigações, verificou que eram visíveis

em crianças institucionalizadas atrasos no desenvolvimento físico, psicomotor e intelectual, bem como perturbações a nível da vinculação, problemas graves de comportamento e emocionais, e depressão.

O sentimento de não ser importante e de ser esquecido, que resulta da institucionalização (Machado & Gonçalves, 2002) pode dificultar a formação de um bom auto conceito.

Segundo Barros (1996), enquanto que um pobre auto conceito pode significar aspectos patológicos da personalidade e do comportamento, um bom auto conceito corresponderá a um melhor desempenho do indivíduo. Neste sentido, um pobre auto conceito correlaciona positivamente com a ansiedade e a depressão.

Numa pesquisa realizada por Weber & Gagno (1995) foram ouvidas crianças internadas numa instituição e verificaram, que destes internos, 70% nunca receberam visitas de seus pais ou familiares. Os prejuízos para a formação da sua identidade e para o seu desenvolvimento são evidentes: os sujeitos apresentam dificuldades em planejar e reflectir o seu futuro; são especialmente pessimistas em relação ao futuro e a possíveis relacionamentos afectivos. Parece que eles construíram hipóteses acerca do mundo tendo por base o abandono que sofreram (Weber & Gagno, 1995). O dramático desamparo vivido por estas crianças faz com que tenham uma visão muito negativa de tudo o que os rodeia, o que pode levar à depressão (Weiner, 1995).

A problemática da institucionalização requer uma investigação mais aprofundada, visando identificar as suas consequências no desenvolvimento das crianças e jovens, e de forma a contribuir para uma intervenção preventiva e mais eficaz por parte dos técnicos que acolhem estes menores.

Assim, pretende-se investigar se o tempo de institucionalização contribui para o desenvolvimento ou agravamento de um quadro depressivo e de um auto-conceito baixo na infância ou adolescência. Esta investigação fundamenta-se no sentido em que o período de permanência na instituição bem como quanto mais prolongada e intensa for a experiência de privação, mais graves serão as suas consequências a todos os níveis. Períodos superiores a 6-8 meses estão associados a uma elevada probabilidade de problemas múltiplos, persistentes e debilitantes (Gunnar, Bruce & Grotevant, 2000).

MÉTODO

Decorrente dos dados obtidos na pesquisa bibliográfica sobre grau de depressão e níveis de auto-conceito em crianças e adolescentes institucionalizados, a investigação que realizamos tem como objectivos:

- Medir o grau de depressão e o nível de auto-conceito em crianças e jovens institucionalizados;

- Comparar o grau de depressão e o nível de auto-conceito em crianças e jovens institucionalizados em diferentes idades;
- Comparar o grau de depressão e o nível de auto-conceito em crianças e jovens com mais e menos tempo de institucionalização;
- Comparar o grau de depressão e o nível de auto-conceito em crianças e jovens institucionalizados em função da periodicidade das visitas;
- Comparar o grau de depressão e o nível de auto-conceito em crianças e jovens institucionalizados em função do tipo de visitas;
- Averiguar eventuais correlações entre o nível de auto-conceito e grau de depressão.

Para o nosso estudo definimos como variáveis independentes o tempo de institucionalização, a idade, as visitas e a sua periodicidade e tipo de visitantes.

Como variáveis dependentes¹² consideramos o grau de depressão e o nível de auto-conceito.

PARTICIPANTES

A amostra¹³ é constituída por 30 indivíduos, do universo de duas Instituições de Acolhimento do Distrito de Castelo Branco – a Casa do Menino Jesus, no Concelho da Covilhã, e o Centro de Infância e Juventude (CIJE), de Castelo Branco.

Seleccionaram-se, por conveniência¹⁴, um grupo de 30 indivíduos institucionalizados, dos quais 19 pertencem à Casa do Menino Jesus e 11 à CIJE. Todos são do sexo feminino.

Dos sujeitos que compõem a nossa amostra, 15 têm idades compreendidas entre os 7 aos 12 anos e 15 dos 13 aos 17 anos.

A média das idades dos indivíduos da amostra é de 12.66 anos sendo a mediana de 12.5, e a moda de 13. O desvio padrão situa-se nos 2,73 anos.

A distribuição dos sujeitos por cada idade consta do Quadro 16.

Quadro 16 – Distribuição frequencial por idade

| Idade | Número de Indivíduos | Total |
|--------------|-----------------------------|--------------|
| 8 | 1 | 1 |
| 9 | 4 | 4 |
| 10 | 1 | 1 |
| 11 | 5 | 5 |
| 12 | 4 | 4 |
| 13 | 6 | 6 |
| 14 | 1 | 1 |

¹² Variável Dependente – mudança ou diferença resultante da manipulação da variável independente.

¹³ Amostra – subconjunto de uma dada população ou universo.

¹⁴ Na amostragem por conveniência é utilizado um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários.

| | | |
|--------------|-----------|-----------|
| 15 | 2 | 2 |
| 16 | 1 | 1 |
| 17 | 5 | 5 |
| Total | 30 | 30 |

Na Figura 1, apresenta-se a distribuição percentual dos sujeitos por nível de escolaridade, e como se verifica 30% frequentam o 6º ano de escolaridade, e 23,33% encontram-se a frequentar o 5º ano. Assim cerca de metade dos sujeitos da nossa amostra frequentam o 2º Ciclo.

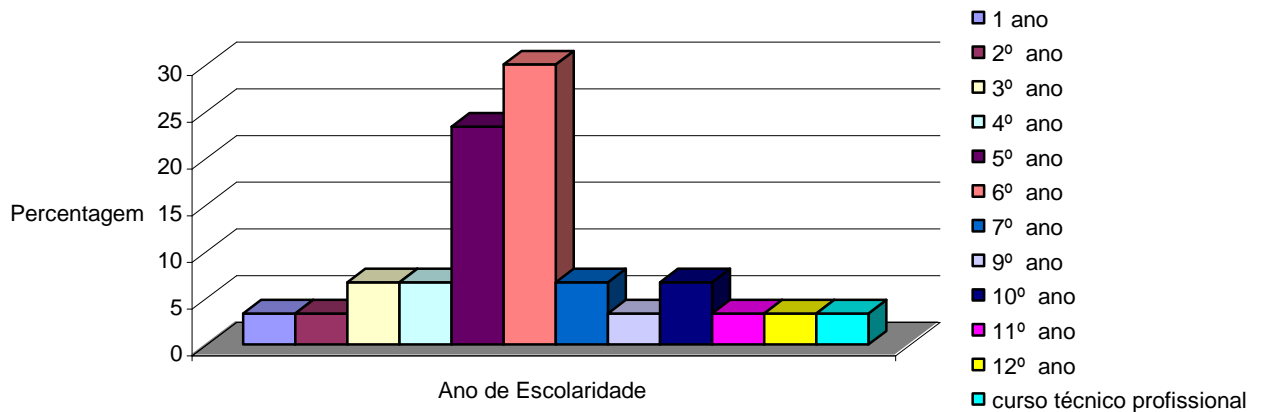


Figura 1: Distribuição Percentual da Escolaridade

Na nossa amostra, 93,3% dos indivíduos recebem visitas da família ou de outros não se sabendo se de facto as mesmas constituem relações de vinculação qualitativas (Figura 2).

Do total de visitas, 46,7% têm uma periodicidade mensal, 20% uma periodicidade semanal, e 23,3% das visitas ocorrem no período de férias (Figura 3).

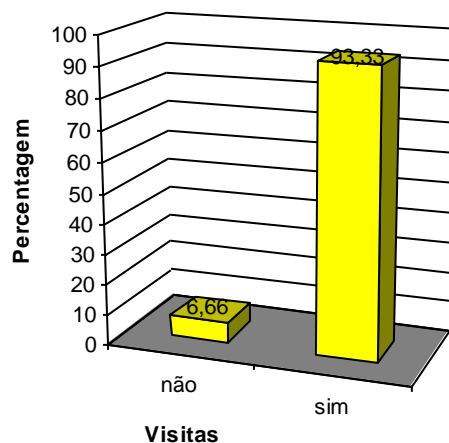


Figura 2 – Distribuição Percentual da Ocorrência de Visitas

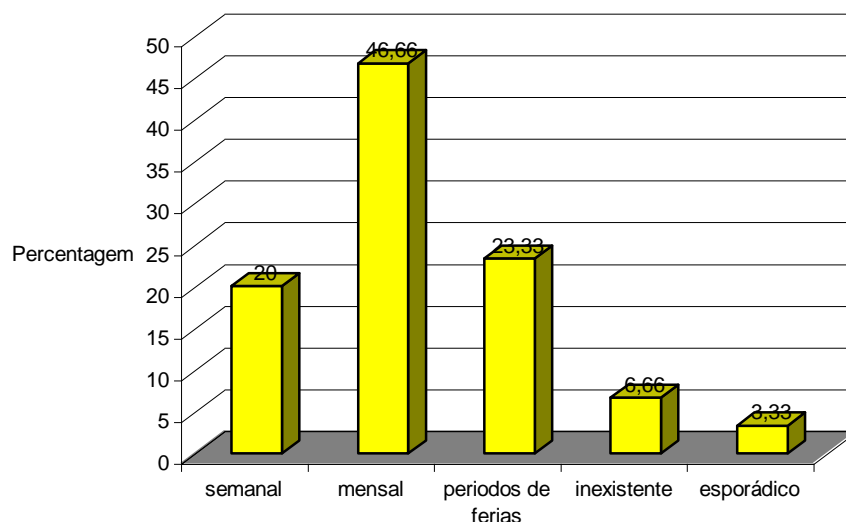


Figura 3 – Distribuição Percentual do Tipo de Visitas

No que se refere ao tipo de visitantes, observamos que a maioria corresponde a um dos progenitores (56,66%), 13,33% são tios, 10% avós e 6% dos visitantes corresponde a um dos progenitores (Figura 4).

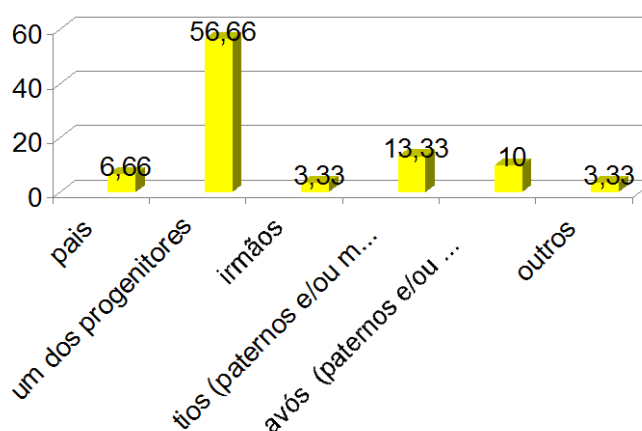


Figura 4– Distribuição Percentual dos Visitantes

Como podemos observar através da Figura 5, 40% dos sujeitos da amostra têm um tempo de permanência na Instituição de 5 a 10 anos, 15% reside na Instituição há 3 anos, 10% há 4 anos, e 20% ingressaram na Instituição há menos de seis meses.

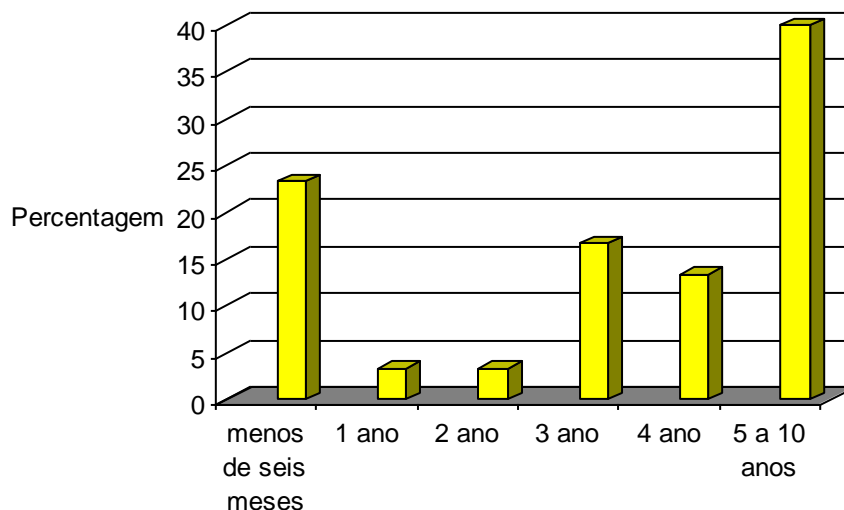


Figura 5 – Distribuição Percentual do Tempo de Permanência na Instituição

INSTRUMENTOS

Para colocar em prática o estudo, recorreu-se à utilização de instrumentos de avaliação para a patologia depressiva através do Inventário de Depressão para Crianças (CDI) e de avaliação do auto conceito, com a Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris (*Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2*).

Children's Depression Inventory (CDI)

O CDI é o inventário de auto-avaliação mais comumente usado no exame da depressão junto de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. Foi elaborado por Kovacs em 1983, a partir do *Inventário de Depressão de Beck* (Kovacs, 1985). Em comparação com este último, foram eliminados alguns itens (por exemplo, os relativos à libido) e acrescentados outros (relacionados, por exemplo, com o aproveitamento escolar e com as relações com os companheiros). Para Smucker, Craighead, Craighead & Green (1986), o uso do CDI sugere não apenas que a depressão existe nas crianças e nos adolescentes, numa forma comparável à observada nos adultos mas, também, que ela pode ser medida com rigor. O objectivo deste inventário é detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo na infância e adolescência. O CDI é constituído por 27 itens classificados numa escala de 3 pontos que oscila entre o zero (ausência do problema) a três (problema grave) relativamente à depressão. Os 27 itens do CDI produzem um resultado total que oscila entre 0 e 54 pontos. Existem dados disponíveis relativos a estudos normativos realizados com grupos clínicos e não clínicos. Nos estudos realizados com grupos, geralmente numerosos, de crianças normais (sem psicopatologia),

provenientes de escolas públicas, os resultados médios variam entre 8-10 pontos e um desvio padrão de 7-8 pontos (Brand & Taillard, 1989; Cole, 1991).

Convém ainda referir o facto de um número mais reduzido de investigadores utilizar resultados dentro da amplitude 10-12 pontos, para identificar crianças deprimidas em amostras não clínicas. Investigações realizadas junto de crianças e adolescentes com diferentes problemas psicológicos apontam para resultados médios de 12/13 pontos (Joffe, 1990). Pontuações maiores ou iguais a 12/13 têm sido consideradas como ponto de discriminação de crianças com e sem depressão. Contudo, os pontos de corte não se encontram bem estabelecidos, entre os vários autores, para delinear níveis clínicos de depressão, no entanto, os pontos de corte estabelecido por Kovacs (1992) são: 0-12 (valores normativos); 13-19 (depressão ligeira); 20-26 (depressão moderada) e maior que 26 (depressão grave).

O CDI abrange um conjunto amplo de sintomas incluídos em itens que examinam: a disforia; o pessimismo; a auto-estima; a anedonia; as preocupações mórbidas; ideação suicida; sentir-se sem valor; o isolamento social; tendências ruminativas; desempenho escolar; conduta social e sintomas vegetativos (como perturbações do sono e do apetite, cansaço, queixas somáticas).

Os itens do CDI são compreensíveis e podem ser respondidos de um modo geral por crianças com um nível de leitura correspondente ao 1º ano de escolaridade. A facilidade de compreensão e de resposta aos itens, assim como a fácil administração e cotação, tornam este instrumento de avaliação psicológica um dos mais utilizados com crianças e adolescentes (Urbina, 2004).

Apropriado para ser usado com crianças e adolescentes, o CDI tem sido amplamente estudado (Carey, 1987). Em geral, a prova tem mostrado ser fiável, válida e capaz de distinguir crianças e adolescentes deprimidos daqueles que não manifestam esta patologia (Simões, 1999).

Uma consistência interna satisfatória constitui uma característica importante deste inventário. No seu estudo, Kovacs (1983, citado por Simões, 1999), apresenta coeficientes que oscilam entre .70 (crianças com diagnóstico de diabetes) e .86 (crianças com perturbações emocionais). Saylor, Finch, Psirito e Bennet encontraram valores de consistência interna que vão de .80 (crianças com perturbações emocionais) e .94 (crianças normais). Finalmente, Smucker, (1986) aponta coeficientes que variam entre .83 e .89 (grupo de crianças normais). Por sua vez, os valores relativos à precisão teste-reteste são, consensualmente, considerados aceitáveis ou adequados e idênticos aos encontrados para a informação que é comunicada pelos pais. Os resultados extremos variam entre .38 (crianças normais) e .87 (crianças com perturbações emocionais) (Saylor, 1984b). De um modo geral, a fidelidade teste reteste é maior quanto mais reduzido é o intervalo entre as aplicações e em grupos de crianças com perturbações emocionais. Saylor (1984b)

observaram uma menor estabilidade nas respostas de grupos não clínicos ($r = .38$) do que numa amostra com “perturbações emocionais” ($r = .87$). a estabilidade teste-reteste é mais elevada nas raparigas ($r = .69$) do que nos rapazes ($r = .41$) (Smucker,1986). De acordo com Kovacs (1983) a explicação para os coeficientes mais reduzidos em grupos não clínicos reside no facto de nestes grupos a sintomatologia depressiva ser mais transitória.

De um modo geral, as diferenças encontradas entre os dois sexos não apresentam uma magnitude suficientemente elevada que justifique o uso de normas separadas (Simões,1999). No entanto; Finch, Saylor e Edwards (1985) referem que as raparigas comunicam menos sintomas depressivos que os rapazes. Por sua vez, Brand e Taillard (1987, citado por Simões, 1999), encontraram uma relação inversa e assinalam que o resultado médio no CDI é superior nas raparigas. Neste contexto, Smucker (1986) refere que a depressão parece ser um fenómeno mais estável para as raparigas adolescentes; isto é, a sintomatologia depressiva pode estabilizar mais cedo nas raparigas do que nos rapazes.

Existe igualmente uma diferença reduzida mas significativa em relação à idade: as crianças mais novas (2º e 3º anos de escolaridade) comunicam menos sintomas em comparação com as crianças de grupos etários mais velhos (7º, 8º e 9º anos de escolaridade) (Finch, 1985). Para Kovacs (1992) isso parece acontecer com sujeitos com idades iguais ou superiores a 13 anos. No entanto, é frequentemente sugerido que as diferenças individuais relativas ao género e á idade são negligenciáveis.

As normas de grupos nacionais ou étnico-culturais específicos parecem ser distintas.

O CDI dispõe de vários outros estudos de validade (Helsel & Matson, 1984). A validade¹⁵ do CDI é sustentada por investigações centradas no estudo das suas relações com outros instrumentos de avaliação, principalmente Inventários de auto-avaliação, completados pela criança e orientados para a medida de outros construtos. Neste sentido, são de referir as correlações positivas e significativas entre resultados do CDI e resultados de vários outros testes tais como: o *Hopelessness Scale For Children*; na *Revised children's Manifests Anxiety Scale* ou ainda na *Children's Depression Scale*. A correlação entre o CDI e estimativas globais de depressão formuladas por psicólogos e psiquiatras é apenas moderada ($r = .55$). Desta forma, a maior parte das correspondências credibilizam o CDI como medida de depressão. Um outro critério utilizado na avaliação da validade do CDI passa por saber em que medida este inventário permite discriminar, a partir dos seus resultados, vários grupos de crianças com depressão, com outras perturbações psicológicas ou normais. Nalguns estudos o CDI discrimina crianças com diagnóstico de depressão de crianças normais (Lobovits & Handal, 1985; McCauley, 1988).

Existem, igualmente, estudos de aferição do CDI para a população portuguesa realizados por Marujo em 1994. O CDI apresentou características psicométricas

¹⁵ A validade de um instrumento diz respeito à sua adequação para medir o “objecto” em estudo.

genericamente satisfatórias. Relativamente à consistência interna, os indicadores foram muito positivos (*alfa* de .86 na amostra total, *alfa* de .86 na sub-amostra sexo feminino, *alfa* de .87 na sub-amostra do sexo masculino, *alfa* de .86 no grupo etário dos 12-13 anos, *alfa* de .84 no grupo etário dos 14-15 anos e *alfa* de .83 nos jovens entre os 16-17 anos). Relativamente aos coeficientes de correlação dos itens com o total de inventário, forma significativos ($p < .01$) para a generalidade dos itens (Marujo, 1994). Neste estudo a média foi de 22,06 e o desvio padrão de 11,68 pelo que se situou o ponto de corte em 33 – pelo que a obtenção de pontuação acima deste valor indicaria sintomatologia depressiva.

Ferronha, Fernandes & Machado (1998) aplicaram o CDI a uma população escolar mista do concelho de Matosinhos – 210 crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 15 anos (sendo a média de idades de 11,73 com distribuição entre os sexos sensivelmente igual); os resultados deste estudo evidenciaram uma prevalência da depressão em 9,52% (65% meninas e 35% rapazes).

Dias & Gonçalves (1999) observaram que o CDI revela bons índices de fidelidade, com valores globais de *alpha* de Cronbach¹⁶ 0.80.

No estudo efectuado com alunos do 5º e 6º ano de escolaridade, de 5 escolas oficiais de Braga, Passos & Machado (2002), verificaram que o índice discriminativo (ponto de corte) situa-se na pontuação de 16, para a faixa etária dos 8 aos 12 anos, e na pontuação de 19, para a faixa etária dos 13 aos 17 anos, correspondendo ambos os pontos de corte a uma nota T de 60.

Contudo, é conveniente reter algumas limitações. Uma delas refere-se à sensibilidade (taxa de verdadeiros positivos) que quando são utilizados índices discriminativos (resultados >19) varia entre 54% (Asarnow & Carlson, 1985) e 76% (Lobovits & Handal, 1985). Quer isto dizer que quando são empregues índices discriminativos, 24% a 46% das crianças diagnosticadas como deprimidas não o são, através do CDI, classificadas como tal. Brand e Taillard (1989) relativizam esta objecção nos seguintes termos: o facto de algumas das crianças que obtêm um resultado elevado no CDI não serem diagnosticadas como deprimidas não significa que elas não manifestem uma tendência para desenvolver sintomas depressivos.

Uma outra limitação é a relativa às conclusões que são possíveis de obter a partir dos estudos factoriais centrados na análise da estrutura interna do CDI. Um exame dos estudos efectuados permite concluir pela falta de consistência nos factores encontrados. A variabilidade vai desde a ausência de factores similares até uma sobreposição apenas parcial dos factores. Na melhor das hipóteses, encontra-se um número idêntico de factores mas com um conteúdo diferente (Politano, Nelson, Evans; Sorenson & Zeman, 1986). Mais especificamente, é de notar que em crianças normais o CDI apresenta uma estrutura unidimensional (Kovacs, 1983) e que em crianças com perturbações emocionais a estrutura

¹⁶ Alpha de Cronbach – medida de fiabilidade interna.

é multidimensional (Saylor, 1984). Num dos estudos a análise factorial permitiu identificar a existência de 5 sub-escalas: “humor negativo”, “problemas interpessoais”, “ineficácia”, “anedonia” e “auto-estima negativa” (Kovacs, 1992).

A validade concorrente é evidenciada a partir do uso de outros inventários de auto-avaliação. Este tipo de validade é suportada por correlações positivas elevadas com resultados de instrumentos que avaliam a ansiedade, o desespero provocado por acontecimentos negativos, distorções cognitivas de natureza depressiva e correlações negativas com a auto-estima positiva e atribuições internas estáveis relativas a acontecimentos positivos. No mesmo sentido, sujeitos com resultados elevados no CDI apresentam um *locus* de controlo mais externo, são menos assertivos, mais isolados e apresentam um rendimento escolar mais baixo (Curry & Craighead, 1993). Outros trabalhos discriminam sujeitos com diferentes tipos de depressão (Currey & Craighead, 1990; Kovacs, 1985). O suporte para a validade do CDI parece problemático quando se considera outro tipos de dados. No entanto, e neste contexto, Saylor (1984) sugere que o CDI diferencia crianças com problemas emocionais de sujeitos de grupos controlo normais. Embora seja uma medida fidedigna de mal estar geral actualmente experienciado, o CDI não deve ser usado isoladamente como medida de diagnóstico do distúrbio depressivo, devendo ser empregue como medida da gravidade da depressão entre grupos diagnosticados com distúrbio depressivo, ou como medida de despistagem para identificar sujeitos que devem ser entrevistados para determinar se eles preenchem o critério para o diagnóstico da depressão.

Escala de Auto Conceito (*Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2*)

A escala aplicada denomina-se “*Piers-Harris 2 – Piers-Harris Self- Concept Scale*” (Piers & Herzberg, 2002). A *Escala Piers-Harris 2* é um questionário com 60 itens de autodescrição, com o subtítulo “O que acho de mim”. Foi desenvolvida para aplicação a crianças a partir dos 7 anos e que frequentem pelo menos o 2º ano de escolaridade (tenham adquirido as competências de leitura); pode também ser administrada a adolescentes até aos 18 anos de idade e que frequentem o 12º ano de escolaridade.

A escala pode ser aplicada individualmente ou colectivamente. Aquando da aplicação, é importante estabelecer uma ligação com o indivíduo para que responda naturalmente, expressando a forma como geralmente se sente acerca de si mesmo. Deve tranquilizar-se os sujeitos evitando o uso do termo “teste” e a existência de respostas certas ou erradas recorrendo a conceitos como pesquisa ou questionário.

A *Escala de Piers-Harris* destina-se a crianças a partir do 2º ano de escolaridade. No entanto, é recomendável proceder à leitura em voz alta de todas as afirmações para indivíduos entre o 2º e o 4º anos de escolaridade. Adicionalmente também se poderá

responder a algumas questões postas pelas crianças, especialmente as mais novas, pois poderão ter alguma dificuldade de leitura (Piers e Herzberg, 2002).

Não existe tempo limite para a aplicação da *Piers-Harris 2*, cada um deve seguir o seu ritmo. Quando a criança tiver terminado recolha a folha de auto-registo e verifique se está completamente preenchida. Toda a informação de identificação deverá estar correcta e o formulário não deverá ter respostas inválidas. Respostas inválidas são as que não foram preenchidas ou as que têm sinalizados o sim e o não. Se algo estiver incorrecto deverá pedir à criança que corrija, porque poderá enviesar os resultados (Piers e Herzberg, 2002).

A escala de autoconceito abrange o Resultado Total (TOT) da *Piers-Harris 2*, que constitui a medida do autoconceito geral do sujeito, e as seis escalas de domínios, que acedem a componentes específicos deste constructo. As escalas de domínios incluem Comportamento Ajustado (BEH), Estatuto Intelectual e Escolar (INT), Atributos e Aparência Física (PHY), Ansiedade (FRE), Popularidade (POP), e Felicidade e Satisfação (HAP).

O Quadro 17 apresenta o número de itens por escala de domínio.

Quadro 17 – Apresentação do Número de Itens por Escalas de Domínio

| Escala de Autoconceito Piers-Harris 2 “Piers-Harris 2 – Piers-Harris Self-Concept Scale” N.º de itens Total (TOT) 60¹⁷ | |
|--|--------------|
| Escalas de Domínio | n.º de itens |
| Comportamento ajustado (BEH) | 14 |
| Estatuto Intelectual e Escolar (INT) | 16 |
| Atributos e Aparência Física (PHY) | 11 |
| Livre de Ansiedade (FRE) | 14 |
| Popularidade (POP) | 12 |
| Felicidade e Satisfação (HAP) | 10 |

Cada item é cotado com a pontuação de 1 no sentido de um auto conceito positivo.

Para obter a pontuação total directa, é essencial contabilizar o número de itens para os quais a pontuação “1” é registada.

Para determinar as pontuações directas para os seis domínios da escala, localiza-se cada item cotado com pontuação “1” correspondente ao domínio específico (cf. Anexo 9).

A *Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris* foi aferida para a população portuguesa por Feliciano Veiga. Esta escala compreende as dimensões comportamental, de ansiedade, intelectual/escolar, de popularidade, de aparência física e satisfação/felicidade.

Malpique e cols. (1999) aplicaram a *Escala de Piers-Harris* a 270 meninas de três escolas, com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos. Os resultados indicaram um baixo auto-conceito (P-H inferior a 49) em 17% das meninas, atraso escolar em 14%, correlação significativa entre o P-H total e as suas dimensões: as meninas viviam com insatisfação e ansiedade. Foram seleccionadas 25 meninas (9%) com baixo auto-conceito

¹⁷ Alguns itens estão incluídos em mais do que uma escala.

(inferior a 45) a quem foi aplicado o CDI e conclui-se que 65% destas tinham elevados níveis de depressão.

A fiabilidade da *Escala Piers-Harris 2* expressa através do coeficiente teste-reteste, foi obtida num total de 1387 alunos, com idades compreendidas entre ao 7 e os 18 anos. Os valores de consistência oscilam entre .86 e .93 (Piers & Herzberg, 2002). Na adaptação portuguesa os coeficientes de consistência oscilaram entre .86 e .89, numa amostra de 915 sujeitos, dos 12 aos 19 anos (Veiga, 1996).

A *Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris* permite obter um resultado total que varia de 0.80, pelo que, para o nosso estudo, a mediana teórica situa-se nos 40 pontos, sendo que um valor inferior a 40 indica um auto conceito fraco, e um valor superior indica um auto conceito elevado.

PROCEDIMENTO

A aplicação dos instrumentos foi precedida de um pedido formal de autorização à Direcção de cada uma das Instituições de Acolhimento a par de um contacto pessoal, no qual apresentámos os objectivos e pertinência da investigação. Uma vez obtido o consentimento por parte dos órgãos directivos, procedeu-se ao levantamento dos dados na Instituições.

Solicitamos aos sujeitos o seu consentimento para participarem no estudo e garantimos a confidencialidade dos dados (Ribeiro, 1999; Andrade & Silva, 2004).

O processo de recolha de dados iniciou-se com a elaboração e preenchimento de um formulário dos dados sócio demográficos (cf. Anexo 6).

Numa primeira fase, a amostra foi subdivida de acordo com a faixa etária procedendo-se posteriormente à aplicação do CDI, aos dois grupos e de forma individual, respeitando escrupulosamente as instruções constantes da mesma, com o objectivo de evitar enviesamento dos dados (cf. Anexo 7).

A aplicação da Escala de Auto-Conceito decorreu de forma colectiva e de acordo com o grupo etário (cf. Anexo 8). Procedeu-se à explicação do objectivo da escala e foram dadas as instruções de carácter geral da seguinte forma :

“... Lê cada frase e decide se ela descreve ou não a forma como te sentes acerca de ti próprio. Se é verdade ou maioritariamente verdade para ti, debes circundar a palavra “sim” a seguir à afirmação. Se é falso ou na maioria falso, debes circundar a palavra “não”. Responde a todas as questões, mesmo que algumas sejam difíceis de decidir. Não circundes ambas as palavras, sim e não, para a mesma questão. Se quiseres mudar a tua resposta cobre-a com um “X” e circunda a nova resposta. ...” (Piers & Herzberg, 2002, p. 8).

Para os sujeitos da amostra correspondente à faixa etária dos 7 aos 12 anos procedeu-se à leitura em voz alta dos itens, a fim de evitar problemas de interpretação.

Foram recolhidos os formulários e procedeu-se à verificação do preenchimento dos dados de identificação, assim como de todos os itens, a fim de evitar falhas de preenchimento ou respostas inválidas (sem sinalização ou com sinalização dupla).

Todos os dados foram por nós recolhidos, porque consideramos ter controlado o feito dos atributos do investigador, que podem constituir uma ameaça à validade.

Depois de obtidos os dados, foram submetidos a uma análise estatística, através do Programa SPSS, versão 16.0. O primeiro momento desta análise consistiu numa descrição dos dados, ou seja, na caracterização da nossa amostra. Seguidamente, e após termos observado que os dados de distribuem de acordo com a curva normal, com o teste de *Kolmogorov-Smirnov (K-S)*¹⁸, utilizámos estatística paramétrica para investigarmos as relações entre as variáveis em estudo. Deste modo, após o uso de medidas de tendência central (média, mediana, moda e desvio padrão), recorremos a medidas de variabilidade (teste *t*¹⁹ e ANOVA²⁰) visando compreender as relações entre as variáveis em estudo.

RESULTADOS

Na realização do presente estudo utilizámos o Inventário CDI e o *Questionário de auto-conceito de Piers-Harris*.

Para avaliar o grau de depressão, consideramos os estudos de aferição do CDI para a população portuguesa de Marujo (1996) que definiu a pontuação de 33 como ponto de corte, pelo que a obtenção de pontuação acima deste valor indica sintomatologia depressiva, e a pontuação situada abaixo deste valor indica ausência de sintomatologia depressiva.

Relativamente ao *Piers-Harris*, foi criado um ponte de corte teórico que correspondia à mediana, ou seja 40 pontos. Posteriormente foram analisados os níveis de auto-conceito dos sujeitos em estudo.

No que diz respeito a relações entre o grau de depressão e o nível de auto-conceito não encontramos um valor de correlação estatisticamente significativo ($r = .515$, $p = .76$).

No que se refere ao grau de depressão verificamos que 6,6% dos sujeitos apresentam sintomatologia depressiva e 93,4% não revela esta sintomatologia (média = 17,53; D.P = 7,18) (Figura 6). A pontuação mínima obtida foi de 9 e a máxima de 36. A mediana foi 17 e a moda 9.

¹⁸ O teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) emprega-se para verificar se uma amostra é proveniente de uma distribuição particular (neste caso, de uma distribuição normal).

¹⁹ *Teste-T Student* – compara as médias para dois grupos (amostras independentes).

²⁰ Anova – é o acrónimo de análise de variância. Este método de testagem da hipótese nula diz-nos se as médias dos grupos são iguais na população, pela comparação da variância estimada entre as médias dos grupos amostrados com a variância estimada no interior dos grupos. A análise de variância *One Way* incide apenas sobre um factor ou condição externa que afecta os resultados dos diferentes grupos.

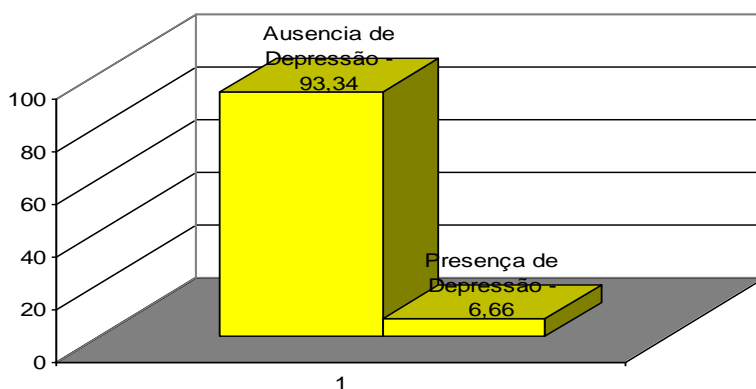


Figura 6 – Grupos de comparação para sujeitos com depressão e sem depressão (média=30,40; mediana=32; moda=33)

Relativamente ao nível de auto-conceito observamos que todos os sujeitos da nossa amostra apresentam um auto-conceito fraco. A pontuação média foi de 30,40, a mediana 32 e a moda 33. A pontuação mínimo foi 18 e a máxima 39.

Importa também explorar como se comportam os sujeitos relativamente aos diferentes domínios do auto-conceito. No que se refere ao auto-conceito ao nível do domínio “comportamento ajustado” (CA) a média foi de 12,03 e o desvio padrão de 2,9; para o auto-conceito ao nível do domínio “intelectual e escolar” (IE) a média foi de 6,5 e o desvio padrão de 2,38. Relativamente ao auto-conceito ao nível do domínio dos “atributos e aparência física” (AF) a média foi de 3,9 e o desvio padrão de 1,42. Em relação ao auto-conceito ao nível do domínio da “ansiedade” (Ans) a média foi de 3,96 e o desvio padrão de 1,4. Quanto ao auto-conceito ao nível do domínio da “popularidade” (Pop) a média foi de 11,83 e o desvio padrão de 2,88. No que respeita ao auto-conceito ao nível do domínio da “felicidade e satisfação” (FS) a média foi de 3,36 e o desvio padrão de 1,58 (Figura 7).

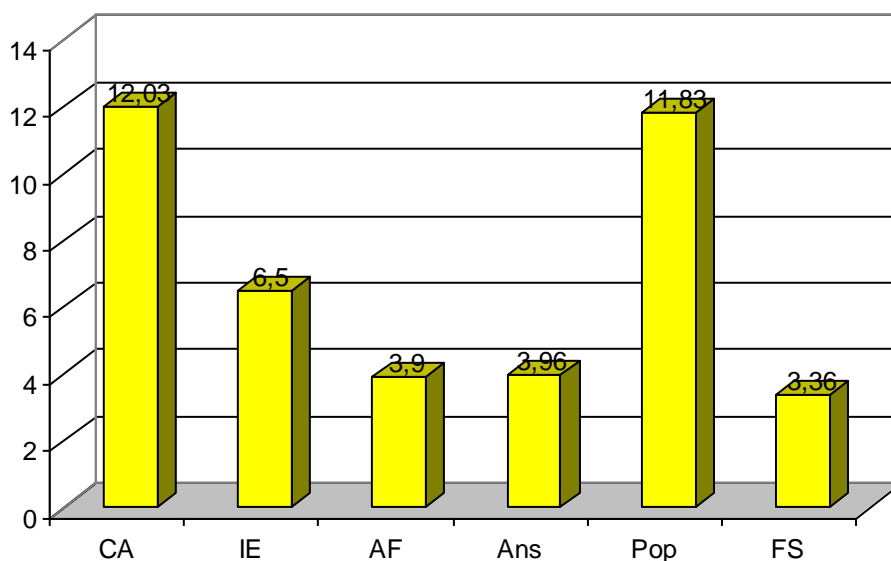


Figura 7 – Valores médios relativos aos diferentes domínios do auto-conceito

Para comparar as variáveis em estudo em função da idade, constituímos dois grupos, um primeiro grupo que abrange a faixa etária dos 7-12 anos (Grupo 1) anos e um segundo grupo para a faixa etária dos 13-17 anos (Grupo 2).

Em relação ao grau de depressão não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idade ($t(28) = .740$; $p=.466$). O grupo das crianças mais novas apresentaram uma grau de depressão (média=18,82) superior ao grupo com mais idade (média=16,79) (Figura 8).

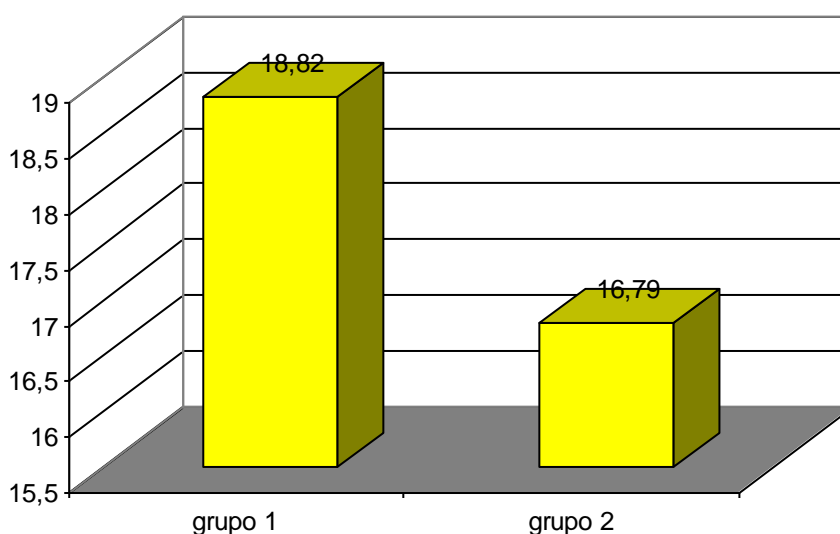


Figura 8 – Valores médios para o grau de depressão comparativamente entre os dois grupos de idade

Conforme se pode observar no Quadro 18, não são estatisticamente significativos os resultados obtidos para o nível de auto-conceito total (AC) e para as dimensões do auto-conceito.

Quadro 18 – Resultados para a comparação de médias entre grupos de idade para o auto-conceito e para as suas dimensões

| | |
|---|----------------------------|
| Nível auto-conceito (AC) | $(t(28) = -936; p=.357)$ |
| Auto-conceito ao nível do domínio comportamento ajustado (CA) | $(t(28) = -959; p=.346)$ |
| Auto-conceito ao nível do domínio intelectual e escolar (IE) | $(t(28) = -234; p=.817)$ |
| Auto-conceito ao nível dos atributos e aparência física (AF) | $(t(28) = -1,322; p=.197)$ |
| Auto-conceito ao nível do domínio da ansiedade (Ans) | $(t(28) = -,435; p=.667)$ |
| Auto-conceito ao nível do domínio da popularidade (Pop) | $(t(28) = -,671; p=.508)$ |
| Auto-conceito ao nível do domínio da felicidade e satisfação (FS) | $(t(28) = -,479; p=.636)$ |

Na Figura 9, para o nível de auto-conceito global, notamos que o resultado médio (29,27) do grupo de crianças mais novas é ligeiramente inferior ao do grupo de mais idade (média=31,05).

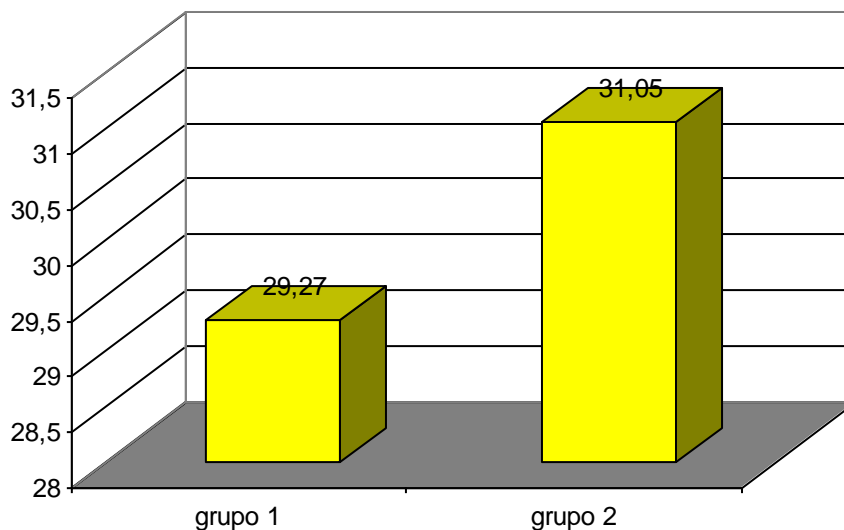


Figura 9 – Valores médios para o nível de auto-conceito comparativamente entre os dois grupos de idade

Relativamente aos diferentes domínios do auto conceito verificámos que a média dos resultados no grupo dos sujeitos com mais idade é ligeiramente superior ao do grupo dos sujeitos mais novos nos domínios do “comportamento ajustado”, “intelectual e escolar”, “atributos e aparência física”, “ansiedade”, “popularidade” e “felicidade e satisfação” (Figura 10).

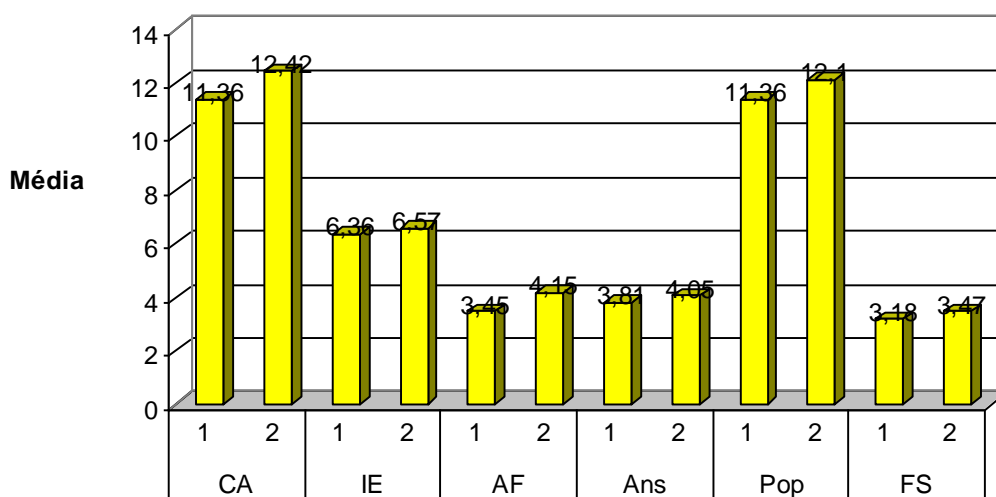


Figura 10 – Valores médios para os domínios do auto-conceito comparativamente entre os dois grupos de idade

Para comparar o grau de depressão e o nível de auto-conceito em função do tempo de permanência na instituição, definimos dois grupos: o primeiro grupo abarca o período de institucionalização até aos 5 anos e o segundo grupo um período de permanência de mais de 5 anos.

Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas para o grau de depressão em função do tempo de institucionalização ($t(28) = .533$; $p = .598$), nem para o nível de auto-conceito total ($t(28) = -.088$; $p = .931$).

Na Figura 11 constatamos que o grupo 1, com menor tempo de institucionalização, apresenta um valor médio superior (média=18,11) em comparação com o grupo 2, com mais tempo de institucionalização (média = 16,66), no que diz respeito ao grau de depressão.

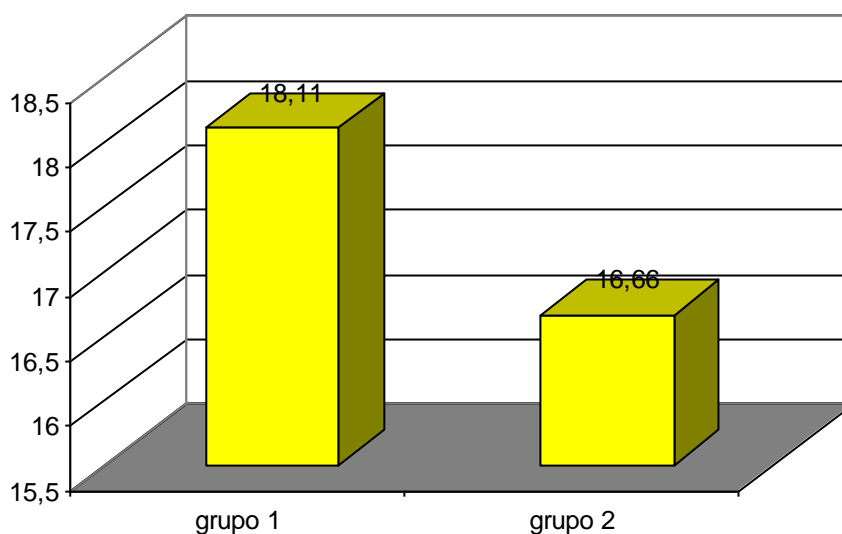


Figura 11 – Resultados para a comparação da média entre grupos com menor e maior tempo de institucionalização para a variável grau de depressão.

Quanto ao nível de auto-conceito, o grupo com mais tempo de institucionalização obtém um valor médio de 30,50, enquanto o grupo com menor tempo de institucionalização apresenta um resultado com média de 30,33 (Figura 12).

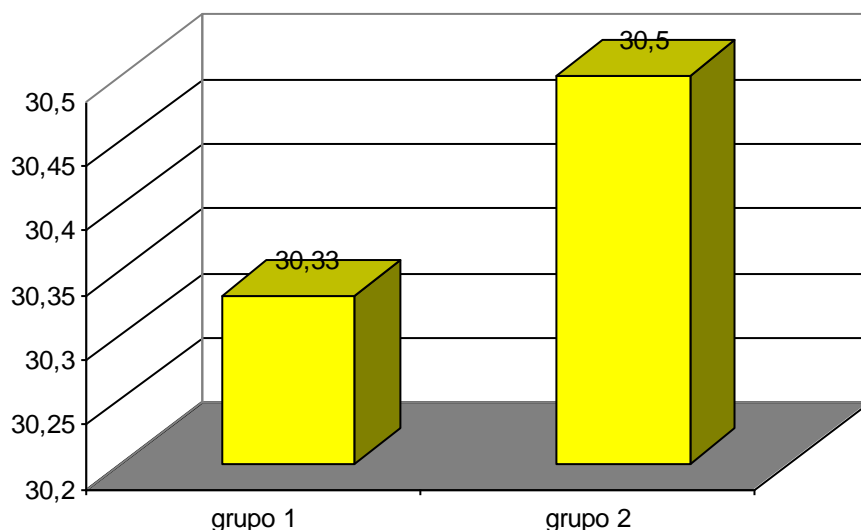


Figura 12 – Resultados para a comparação da média entre grupos com menor e maior tempo de institucionalização para a variável nível de auto-conceito.

Conforme se pode observar no Quadro 19, não são estatisticamente significativos os resultados obtidos para as dimensões do auto-conceito.

Quadro 19 – Resultados para a comparação de médias entre grupos de tempo de permanência para as dimensões do auto-conceito

| | |
|---|------------------------------|
| Auto-conceito ao nível do domínio comportamento ajustado (CA) | $(t(28) = -0,842; p = .407)$ |
| Auto-conceito ao nível do domínio intelectual e escolar (IE) | $(t(28) = 1,096; p = .283)$ |
| Auto-conceito ao nível dos atributos e aparência física (AF) | $(t(28) = -0,465; p = .645)$ |
| Auto-conceito ao nível do domínio da ansiedade (Ans) | $(t(28) = 0,685; p = .447)$ |
| Auto-conceito ao nível do domínio da popularidade (Pop) | $(t(28) = -1,168; p = .253)$ |
| Auto-conceito ao nível do domínio da felicidade e satisfação (FS) | $(t(28) = 1,283; p = .210)$ |

Relativamente aos diferentes domínios do auto conceito verificámos que a média dos resultados no grupo dos sujeitos com mais tempo de institucionalização é ligeiramente superior ao do grupo dos sujeitos que permanecem há menos tempo institucionalizados nos domínios do “comportamento ajustado” (média = 12,58, no grupo 2 e média=11,67 no grupo1) e “popularidade” (média = 12,58 no grupo 2 e média=11,33 no grupo1) (Figura 13).

Nos restantes domínios, o grupo 1, com menos tempo de institucionalização obtém valores médios ligeiramente inferiores aos do grupo 2, com maior tempo de institucionalização.

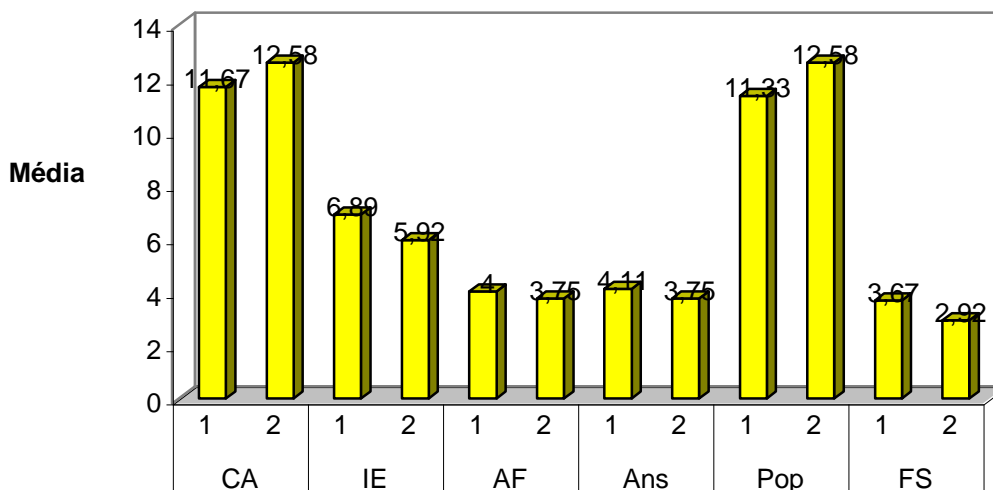


Figura 13 - Valores médios para os domínios do auto-conceito comparativamente entre os dois grupos de tempo de institucionalização

No que diz respeito à periodicidade das visitas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para o grau de depressão $F(4, 25 = .814; p = .528)$ e para o nível de auto-conceito $F(4, 25 = 2,614; p = .059)$.

No entanto, a média do resultado do grau de depressão é superior no grupo de sujeitos com visitas semanais (média = 19,33; desvio padrão = 10,34), no grupo com visitas mensais (média=19), e no grupo sem visitas (média = 16; desvio padrão = 4,24) comparativamente com os que recebem visitas apenas no período de férias (média=14,57) ou que são visitados esporadicamente (média=10) (Figura 14).

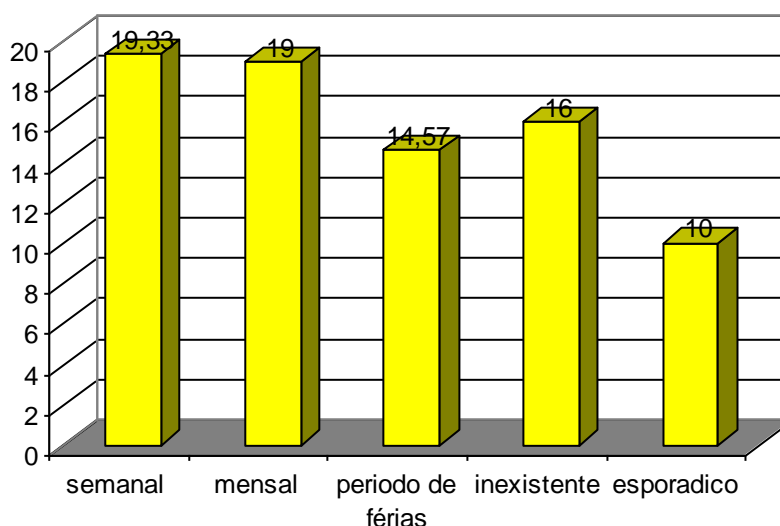


Figura 14 – Valores médios para o grau de depressão comparativamente entre os tipos de visitas

Relativamente aos diferentes domínios do auto conceito verificámos que as diferenças não são estatisticamente significativas para todos os domínios do auto-conceito em função da periodicidade das visitas (Quadro 20), com excepção do domínio da ansiedade (Ans) $F(4, 25=4,056; p < .05)$.

Quadro 20 – Resultados para a comparação de médias entre tipos de visitas para as dimensões do auto-conceito

| | |
|---|-----------------------------|
| Auto-conceito ao nível do domínio comportamento ajustado (CA) | $F(4, 25=1,227; p =.325)$. |
| Auto-conceito ao nível do domínio intelectual e escolar (IE) | $F(4, 25=2,117; p =.109)$. |
| Auto-conceito ao nível dos atributos e aparência física (AF) | $F(4, 25=.682; p =.611)$. |
| Auto-conceito ao nível do domínio da popularidade (Pop) | $F(4, 25=.842; p =.512)$. |
| Auto-conceito ao nível do domínio da felicidade e satisfação (FS) | $F(4, 25=.983; p =.435)$. |

No Auto-conceito ao nível do domínio da ansiedade (Ans) encontrámos valores médios mais elevados na ausência de visitas (média=5,5) e quando as visitas têm uma periodicidade semanal (média = 5,17), e valores médios mais baixos para o tipo de visitas esporádicas (média=3). Para o período de visitas semanais a média é de 4,14, e para a ausência de visitas é de 3,22 (Figura 15).

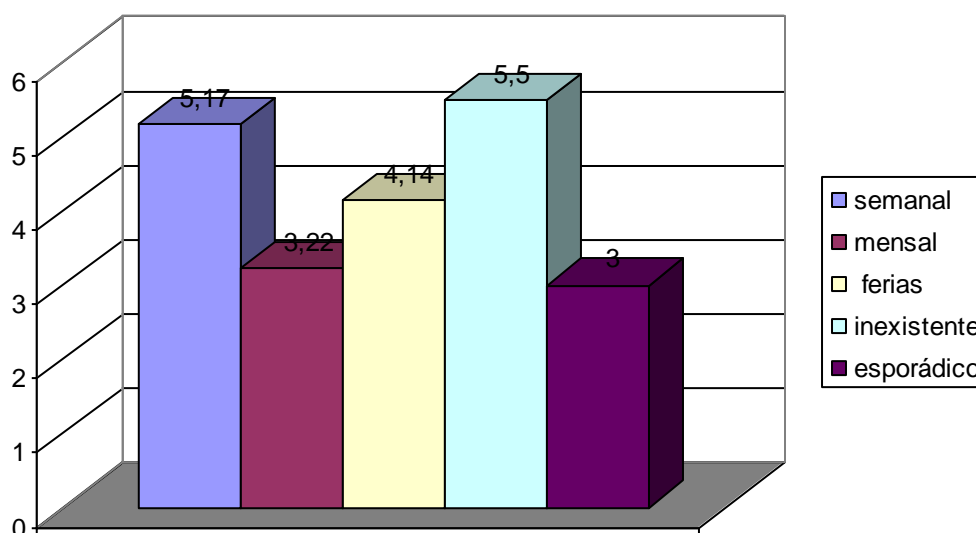


Figura 15 - Valores médios para o nível do auto-conceito no domínio da ansiedade comparativamente entre a periodicidade de visitas

No que diz respeito à análise comparativa dos resultados obtidos nas diferentes variáveis em função do tipo de visitantes, verificámos que não se encontram diferenças estatisticamente significativas para o grau de depressão $F(5, 22 =.515; p=.762)$ e para o nível de auto-conceito $F(5, 22 =1,269; p=.312)$, assim como para as dimensões Auto-conceito ao nível do domínio intelectual e escolar (IE) $F(5, 22 =.438; p=.817)$, Auto-conceito

ao nível dos atributos e aparência física (AF) $F(5, 22 = .726; p = .612)$ e Auto-conceito ao nível do domínio da felicidade e satisfação (FS) $F(5, 22 = .569; p = .722)$.

No que diz respeito ao grau de depressão, a média dos resultados nesta variável é superior no grupo de sujeitos que são visitados pelos avós (Média=22; desvio padrão = 12,03) e vai decrescendo para as visitas efectuadas por tios (média = 18,25; desvio padrão = 12,03), um dos progenitores (média=17,71), pais (média = 15), outros (média = 15) e irmãos (média = 9) (Figura 16).

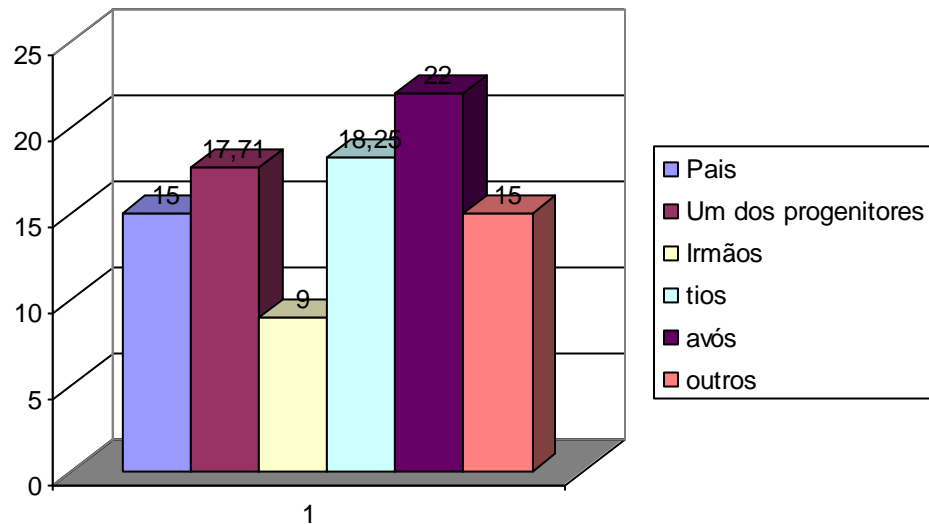


Figura 16 – Resultados para a comparação da média entre o grau de depressão para a variável tipo de visitantes.

No nível de auto-conceito, a média dos resultados é superior no grupo de sujeitos que são visitados pelos pais (média = 36), seguida do resultado médio quando a visita é dos irmãos (média = 34), de outros (média = 32), de um dos progenitores (média=30,29), dos tios (27,75) e da dos avós (média=26,33) (Figura 17).

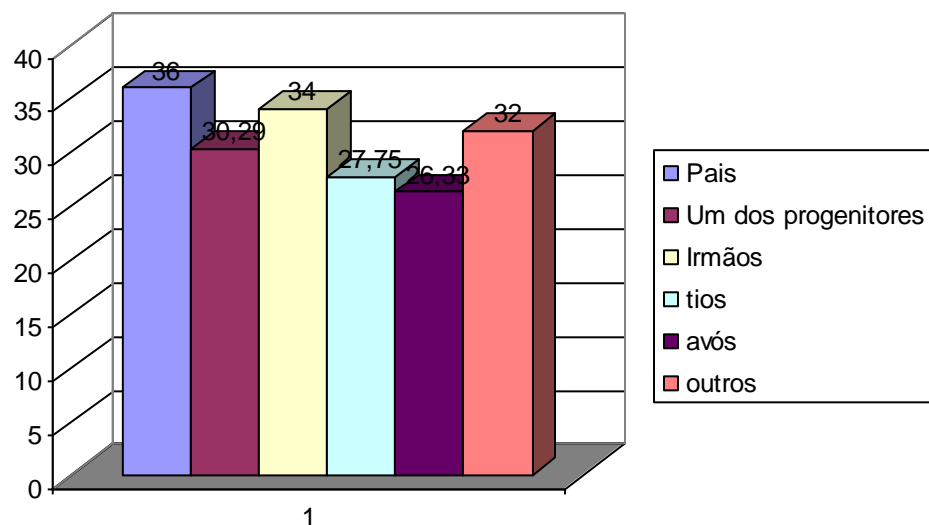


Figura 17 – Resultados para a comparação da média entre o auto-conceito para a variável tipo de visitantes.

Para o Auto-conceito ao nível do domínio comportamento ajustado (CA) verificámos diferenças estatisticamente significativas nas médias dos resultados $F(5, 22 = 3,860; p < .05)$. Na Figura 18 observamos que a média dos resultados é superior quando os visitantes são os pais (média=15,5) seguida da média quando os visitantes são os irmãos e ou outros (média=14), os tios (média=12,75), um dos progenitores (média=12) e os avós (média=7).

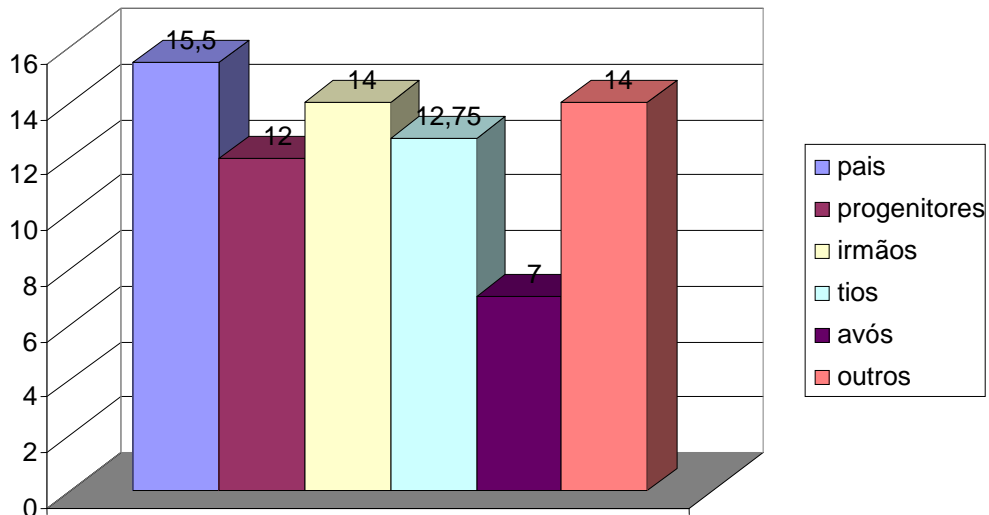


Figura 18 – Resultados para a comparação da média entre o auto-conceito ao nível do domínio comportamento ajustado para a variável tipo de visitantes

No Auto-conceito ao nível do domínio da ansiedade (Ans) verificámos diferenças estatisticamente significativas $F(2, 22 = 4,697; p < .01)$.

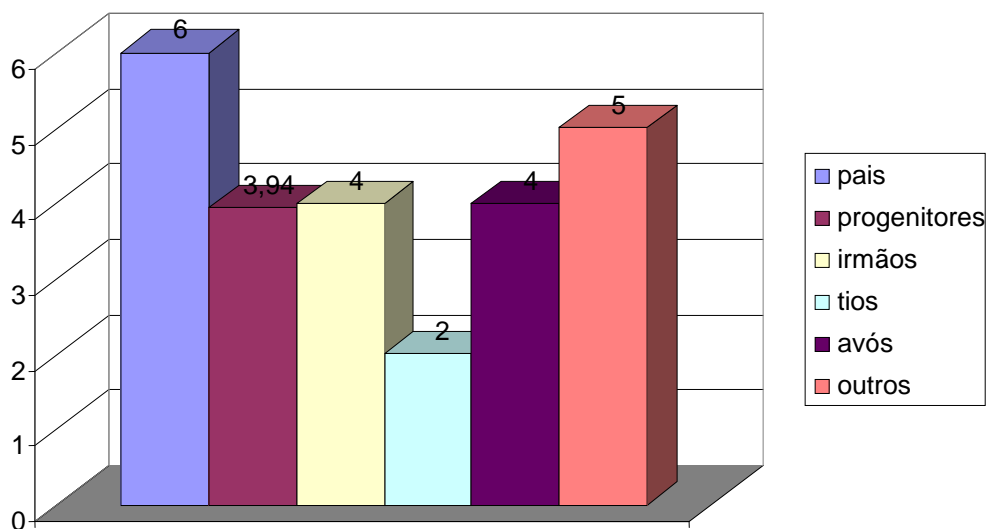


Figura 19 – Resultados para a comparação da média entre o auto-conceito ao nível do domínio da ansiedade (Ans) para a variável tipo de visitantes

Na Figura 19 observamos que a média dos resultados é superior quando os visitantes são os pais (média=6) seguida da média quando os visitantes são outros (média=5), os irmãos e os avós (média=4), um dos progenitores (média=3,94) e os tios (média=2).

Para o Auto-conceito ao nível do domínio da popularidade (Pop) verificámos diferenças estatisticamente significativas $F(5, 22) = 3,742$ $p < .05$.

Na Figura 20 observamos que a média dos resultados é superior quando os visitantes são os pais (média=15,5), seguida da média quando os visitantes são os irmãos e ou outros (média=14), os tios (média=12), um dos progenitores (média=11,83), e os avós (média=7).

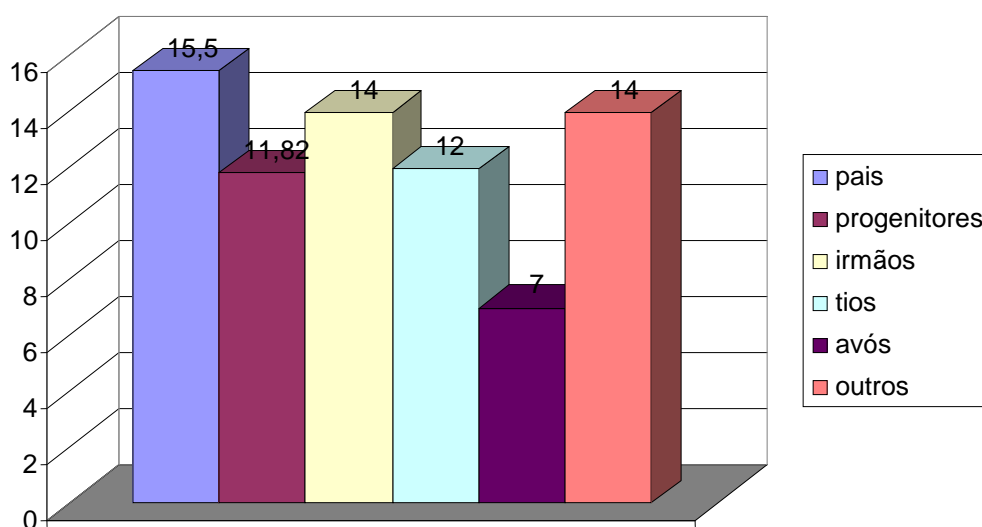


Figura 20 – Resultados para a comparação da média entre o auto-conceito ao nível do domínio da popularidade para a variável tipo de visitantes

DISCUSSÃO RESULTADOS

Os objectivos do nosso estudo constituíram na procura de relações entre a depressão e auto-conceito nas crianças e adolescentes institucionalizados da nossa amostra, e no averiguar de relações entre estas variáveis e a idade, o tempo de permanência na instituição, a periodicidade das visitas recebidas pelos sujeitos da amostra e o tipo de visitantes.

As análises estatísticas anteriores sugerem-nos que a maioria dos sujeitos institucionalizados da nossa amostra não apresentam sintomatologia depressiva. Apenas 6,6% dos sujeitos revela esta sintomatologia.

Dos dois grupos de idade considerados, são as crianças mais novas, dos 8 aos 12 anos que apresentam uma pontuação mais elevada para depressão, comparativamente com o grupo com mais idade, dos 13 aos 17 anos. No entanto, as diferenças dos resultados médios dos dois grupos não são estatisticamente significativas. Tal facto pode dever-se ao

sentimento de ser mal amada inerente à própria institucionalização, e que vem de encontro às investigações que apontam uma relação entre a institucionalização e a depressão em crianças entre os 8 e os 13 anos (Alberto, 2002).

Da mesma forma, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o grau de depressão dos dois grupos considerados, em função do tempo de permanência na instituição. Contudo, a análise entre os valores médios do grau de depressão revela que o grupo a frequentar a instituição há menos tempo, ou seja com um período de institucionalização inferior a 5 anos, apresenta valores médios mais elevados do que o grupo com um período de permanência de mais de 5 anos.

No que diz respeito à periodicidade das visitas e ao tipo de visitantes, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para o grau de depressão. No entanto, analisando as pontuações médias obtidas no grau de depressão, salientamos que este é superior no grupo de sujeitos com visitas semanais e mensais, e apresenta valores mais baixos nos grupos de sujeitos que recebem visitas apenas no período de férias ou que são visitados esporadicamente.

Quanto ao tipo de visitantes, a média dos resultados no grau de depressão é superior no grupo de sujeitos que são visitados pelos avós, e vai decrescendo para as visitas efectuadas por tios, por um dos progenitores, pelos pais, por outros e por irmãos.

A reduzida existência de depressão pode significar que as crianças e adolescentes institucionalizados percebem a instituição como um alicerce criando um sentimento de segurança e bem-estar nas mesmas (Medeiros & Coelho, 1991). Pela promoção de contextos de expressão positivos, a instituição consegue superar a componente depressiva presente em muitas crianças e adolescentes que se encontram longe das suas famílias e se sentem sós e desvalorizadas (Alberto, 2002). Podemos alvitrar que a dinâmica e a política institucional cria expectativas positivas nas crianças e adolescentes que dela fazem parte, estabelecendo laços com diferentes pares e adultos promovendo o sentimento de pertença (Martins, 2005).

Neste sentido podemos compreender que as crianças inseridas no grupo de comparação com menor funcionamento depressivo são as que pertencem ao grupo com mais idade e com maior tempo de institucionalização. Isto pode levar-nos a pensar que poderão ter aprendido a lidar com situações mais complexas. Pelo contrário, o grupo de crianças com menos tempo de institucionalização e também as crianças mais novas, que revelam mais sintomatologia depressiva poderão não ter ainda adquirido estratégias de *coping* que lhes permitam lidar de forma adaptativa com as situações mais problemáticas, geradoras de angústia e de stress, quer pelas características do seu desenvolvimento, quer por pela impossibilidade de usufruírem de uma intervenção positiva por parte da instituição, face ao tempo de permanência na mesma. Na verdade, muitos estudos sugerem que a institucionalização se encontra associada ao desenvolvimento de psicopatologias,

nomeadamente a depressão (MacLean, 2003), e que este contexto não permite o pleno desenvolvimento, pelo que poderá ser prejudicial e despoletar um funcionamento depressivo (Martins & Szymansky, 2004). Nesta linha, as crianças mais novas poderão estar mais vulneráveis ao nível emocional, e conseqüentemente com maior propensão para desenvolverem sentimentos de tristeza, abandono e pessimismo (Dell’Aglío & Hurtz, 2004).

No presente estudo também verificámos que as pontuações médias obtidas no grau de depressão é superior no grupo de sujeitos com visitas semanais e mensais, e apresenta valores mais baixos nos grupos de sujeitos que recebem visitas apenas no período de férias ou que são visitados esporadicamente. Estes resultados não vão de encontro aos apresentados noutros estudos. Johnson, Browne & Hamilton-Giachritsis (2006) verificaram que crianças institucionalizadas se sentem abandonadas pelos seus progenitores e que se culpabilizam por este afastamento, o que favorece o surgimento de sintomatologia depressiva. Por seu lado, Llorente, Charlebois, Ducci & Farias (2003) referem que o afastamento dos pais poderá, de modo significativo, aumentar o risco de depressão. Na verdade, na nossa amostra, os resultados médios mais elevados de grau de depressão encontram-se no grupo com maior frequência de visitas, e o menor grau no caso das visitas esporádicas ou inexistentes.

No entanto, se tivermos em conta o tipo de visitantes, notamos que a média dos resultados no grau de depressão é superior no grupo de sujeitos que não são visitados pelos pais. O contacto com a família proporciona um bom desenvolvimento emocional (Leite & Schmid, 2004) e os sujeitos institucionalizados que se sentem seguros e protegidos possuem mais ferramentas que lhes permitem o não desenvolvimento de um funcionamento depressivo (Oriente & Sousa, 2005). Nesta linha, a maior ausência de contacto parental poderá contribuir para o surgir de um funcionamento depressivo no grupo de comparação da nossa amostra que recebe menos visitas dos pais.

No presente estudo não encontramos relações entre depressão e auto-conceito.

No que diz respeito ao nível de auto-conceito observamos que todos os sujeitos da nossa amostra apresentam um auto-conceito baixo.

De facto, segundo Alberto (2002), qualquer institucionalização comporta atribuições depreciativas (baixo auto conceito) e auto-desvalorização, devido ao sentimento subjectivo de afastamento e abandono das crianças e adolescentes em relação ao exterior .

Nos dois grupos de comparação da idade, os sujeitos da amostra com idades entre os 13-17 anos apresentam um auto conceito ligeiramente mais elevado do que o grupo de crianças mais novas. De igual forma, relativamente aos diferentes domínios do auto conceito verificámos que a média dos resultados no grupo dos sujeitos com mais idade é ligeiramente superior ao do grupo dos sujeitos mais novos nos domínios do “comportamento ajustado”, “intelectual e escolar”, “atributos e aparência física”, “ansiedade”, “popularidade” e “felicidade e satisfação”.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o nível de auto-conceito em relação ao tempo de permanência na instituição. No entanto, observamos que os sujeitos que permanecem na instituição por um período superior a 5 anos apresentam um auto conceito ligeiramente mais elevado do que o grupo de comparação, com uma permanência na instituição inferior a 5 anos. Na verdade, diversas investigações mostram que quanto mais prolongada no tempo for a institucionalização, maiores as dificuldades das crianças e adolescentes em resistir à frustração e em estabelecer relações com os demais, desenvolvendo sentimentos depressivos e uma imagem de si distorcida (Strecht, 2000). Um estudo de Gunnar, Bruce & Grotevant (2000) vem corroborar estes dados, ao encontrar que, quanto mais alongado o período de institucionalização, maior a probabilidade de surgirem problemas múltiplos e maiores as consequências a todos os níveis.

Verificamos que existe uma diferença significativa entre o auto conceito ao nível do domínio da ansiedade e a periodicidade das visitas. Neste tipo de constructo que reflecte distúrbios emocionais gerais (Veiga, 1989), verificámos que a o nível de ansiedade aumenta em duas situações: quando as visitas ocorrem semanalmente e quando os sujeitos institucionalizados não recebem visitas. Este facto pode associar-se à carga ansiogénica e ao sentimento de culpa inerente à própria institucionalização, uma vez que as crianças e adolescentes sentem o afastamento e a desresponsabilização da sua família permanecendo na ânsia e angústia que se lembrem delas (Alberto, 2002). Muitas vezes, desenvolvem sentimentos de saudade e/ou de fantasia em relação à sua própria família, criando uma imagem idílica da mesma, negando a sua disfuncionalidade (Martins, 2004). Também encontrámos uma diferença estatisticamente significativa entre o auto conceito ao nível do domínio da ansiedade e o tipo de visitantes. Verificamos que existe uma pontuação média mais elevada quando as visitas são efectuadas pelos pais. O sentimento de não ser importante e de ser esquecido, por parte das crianças e adolescentes institucionalizados, poderá contrastar com o anseio de poder ser visitada e lembrada pelas principais figuras de vinculação – a mãe e o pai (Gunnar, Bruce & Grotevant, 2000).

Existe, da mesma forma, uma diferença significativa entre o auto-conceito ao nível do domínio do comportamento ajustado e o tipo de visitantes. Este tipo de auto conceito reflecte a extensão com que o indivíduo admite ou nega problemas específicos do comportamento (Veiga, 1989). Observamos que existe uma média mais elevada neste domínio do auto-conceito quando as visitas são realizadas pelos pais e pelos irmãos. De facto, as relações familiares das crianças e adolescentes institucionalizados focalizam-se, essencialmente, nos pais. Todavia, a rede mais alargada da família, e principalmente os irmãos, reveste-se de grande importância uma vez as crianças e jovens que vivem nas instituições omitem e escondem o seu comportamento das figuras de vinculação e da família, na tentativa vã de que as mesmas as levem para casa, uma vez que se sentem culpadas associando a institucionalização a um castigo (Alberto, 2002).

No presente estudo, também verificámos uma diferença significativa entre o auto-conceito ao nível do domínio da popularidade e o tipo de visitantes. Este tipo de auto-conceito reflecte a auto-avaliação que o indivíduo faz sobre a sua popularidade entre os colegas e a sua aptidão para fazer amigos (Veiga, 1989). Existe uma média mais elevada neste domínio do auto-conceito quando as visitas são efectuadas pelos progenitores. Segundo Martins (2005), a institucionalização favorece o estabelecimento de laços com os pares e adultos, sendo a família biológica uma importante estrutura de apoio e rede de suporte, o que poderá ter repercussões positivas neste domínio do auto-conceito.

Observamos ainda, nos sujeitos da nossa amostra, que não existe correlação entre o grau de depressão e o nível de auto-conceito, o que contraria resultados de diversas investigações que correlacionam positivamente um auto-conceito pobre com a depressão (Serra, 1986; Barros, 1996). Também Alberto (2002) refere que crianças e adolescentes institucionalizadas, com um auto-conceito elevado e com sentimentos de auto-eficácia positivos, não desenvolvem tão facilmente um funcionamento depressivo. Ora, nos sujeitos da nossa amostra, verificamos o oposto: ausência de funcionamento depressivo e auto-conceito fraco. Assim, os resultados do presente estudo sugerem que não se pode fazer uma relação directa entre a vivência da institucionalização e o desenvolvimento de funcionamento depressivo. Podemos pensar que a dimensão institucional constituiu uma dimensão de qualidade de vida e de bem-estar e um vector de construção do desenvolvimento de quem nela reside (Gunnar, Bruce & Grotevant, 2000), pelo que poderá favorecer a aquisição de estratégias de *coping* que permitam lidar de forma eficaz com situações mais problemáticas, e deste modo contribuir para um funcionamento não depressivo.

CONCLUSÕES

O presente estudo desenrola-se à luz dos objectivos atrás explicitados e pretende apresentar os passos implicados na elaboração de uma investigação empírica, uma vez que, a dimensão reduzida da nossa amostra constitui uma limitação para a análise dos resultados encontrados. No entanto, e tendo sempre presente a referida limitação, procedemos a uma análise e exploração dos resultados, com vista ao domínio de competências de investigação. Deste modo, assentes nas limitações metodológicas, as conclusões que retiramos constituem uma tentativa de compreender melhor a natureza das relações entre as variáveis.

No grupo de sujeitos institucionalizados que compõem a nossa amostra, por um lado não encontramos um funcionamento depressivo, e pelo outro verificámos um fraco auto-conceito. Verificamos ainda que não existe relação entre a depressão e o auto-conceito.

Este estudo pode ser complementado e revestir-se de grande interesse para a problemática da depressão e do auto conceito nas crianças e adolescentes institucionalizados, quando realizado com uma amostra superior e através do recurso a instrumentos de investigação distintos dos utilizados. Na realidade, não podemos deixar de notar as limitações implícitas dos instrumentos de avaliação da depressão e do auto conceito utilizados, uma vez que as Instituições de Acolhimento que participaram na nossa investigação são alvos de estudos nos quais se utilizam os mais diversos instrumentos de investigação (testes, escalas etc.). Pelo exposto, não se pode descartar a possibilidade das crianças e adolescentes destas instituições “modelarem” os seus desempenhos pelo conhecimento prévio do instrumento de investigação usado neste estudo. Tal facto poderá ter tido implicações nos resultados obtidos.

Apesar das limitações referidas, não podemos deixar de salientar que o nosso estudo constitui uma mais-valia no âmbito da problemática em análise. Reveste-se de actualidade e pertinência, pois a medida de acolhimento constituiu uma das respostas do sistema de protecção infantil que não se recomenda e se critica veementemente. No entanto, na prática é mantida e prolongada. Este é um factor que poderia promover um estudo inovador em Portugal, uma vez que sendo cada Instituição uma entidade única, há que olhar para cada uma delas como uma oportunidade de ganhos efectivos tanto para a criança, família e para todos os que trabalham nela. É fundamental e importante estudar o impacto das diferentes formas de acolhimento e a sua adequação a determinados perfis psicológicos e sócio-familiares dos menores. Actualmente, preconiza-se a criação e o desenvolvimento de possibilidades alternativas, constatando-se uma necessidade compulsiva de desinstitucionalizar a qualquer custo, sem avaliar os benefícios desta resposta.

A problemática da institucionalização requer uma investigação mais aprofundada, visando identificar as suas consequências no desenvolvimento das crianças e jovens, e de forma a contribuir para uma intervenção preventiva e mais eficaz por parte dos técnicos que acolhem estes menores.

Nós, adultos que trabalhamos com estas crianças e adolescentes, aprendemos mais porque cada uma delas transporta uma história de vida, mostram-se resilientes e capazes de procurar e encontrar o seu espaço e de se inserirem no mesmo. As relações que se estabelecem no seio institucional são de grande importância e riqueza pessoal, no sentido em que para estas crianças e adolescentes não somos pais nem família, somos as “bengalas” que as apoia e levanta quando a crise as derruba. Partilhamos vivências como se fossem as nossas, fomentamos valores que nos são intrínsecos, tudo no sentido do bem estar físico e emocional, minimizando possíveis danos e perdas. Defendemos o superior interesse destas crianças e adolescentes, e o que esperamos delas é tão só a alegria de um sorriso.

Para isso, é importante estarmos conscientes das nossas competências específicas para trabalharmos em função da idiosincrasia, ou seja das características individuais próprias e sempre avaliarmos a natureza e extensão da nossa actividade, quer científica quer profissional, protegendo sempre os envolvidos, sem nunca os rotular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findo este estudo e atendendo a todo o percurso decorrido inerente à nossa profissão como psicólogo, importa reflectir sobre cada etapa e sobre a aprendizagem que se retira da mesma.

Uma das primeiras tarefas como profissional de Psicologia, consiste em aprender a respeitar a diversidade individual e cultural, nomeadamente, decorrente da raça, nacionalidade, etnia, género, orientação sexual, idade, religião, ideologia, linguagem, estatuto socioeconómico e incapacidades das pessoas. Compreendemos o conhecimento, *insight* e experiência de todas as pessoas com quem nos relacionamos.

Intrínseco à intervenção enquanto psicólogo, é nosso dever manter registos informativos relativos aos procedimentos adoptados e avaliação psicológica, recolhendo apenas a informação que seja pertinente para a nossa actividade profissional. Os conteúdos e conclusões devem apenas incidir sobre a informação relevante para responder à questão ou necessidade de quem nos procura. É nossa incumbência reflectir do forma crítica e contínua sobre a conduta adoptada, daí a importância fulcral em aprofundar os nossos conhecimentos, actualizando-os, no que concerne à prática. Devemos consciencializar-nos das nossas próprias limitações, sejam pessoais e/ou profissionais, traçando como meta uma aprendizagem e formação profissionais contínuas, fornecendo apenas os serviços para os quais estamos habilitados.

É responsabilidade de cada psicólogo contribuir, através da investigação, para o desenvolvimento dos conhecimentos no âmbito da disciplina de Psicologia. Neste sentido, a actualização de conhecimentos constantes e a manutenção de elevados padrões de integridade científica são imprescindíveis.

Decorrente do contexto da nossa actividade profissional, somos responsáveis pelo cumprimento do Código Deontológico bem como pela incessante aprendizagem que advem da mesma, por parte daqueles que conosco colaboram – estudantes, estagiários, supervisandos e outros – e que sob a nossa orientação desempenham tarefas específicas.

Como psicólogo devemos ter a humildade e lucidez suficientes para procurar ajuda e apoio profissional e/ou supervisão perante situações que possam conduzir a juízos enviesados e interferir com o exercício da nossa profissão.

Para concluir e considerando as funções desempenhadas nas mais diversas áreas (investigação, educação, avaliação, e intervenção) enquanto psicólogo, é essencial avaliar e

auto-avaliarmos a natureza e extensão da nossa actividade científica e profissional, à luz das nossas próprias competências.

BIBLIOGRAFIA

- Abeijón, M. & Apiroz, M. (1999). Depresión en la infancia y adolescencia. *Revista Rol de Enfermería*, 134, 28-33.
- Abraham, K. (1965). *Oeuvres complètes*. Paris: Payot.
- Afonso, P. (2004). *Será depressão ou simplesmente tristeza?*. Cascais: Príncipia.
- Alberto, I. (2002). "Como pássaros em gaiolas?" Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In C. Machado & R. Gonçalves (Coords.), *Violência e Vítima de Crimes* (vol. 2., pp. 223-244). Coimbra: Quarteto.
- Alberto, J. M. (2004). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Editora Almedina.
- Altoé, S. (1991). Jovens depois do internato. *Tempo e Presença*, 258, 26-28.
- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1991). *Manual de Psicopatologia Infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association. (2002). *Mini DSM-IV-TR – guia de referência rápida dos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, A. N. & Silva, L. M. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em Instituições. *Estudos de Psicologia*, 9 (2), 345-357.
- Angold, A. (1988). Childhood and Adolescent Depression. *British Journal Of Psychiatry*, 152, 601-617.
- Asarnow, J. & Carlson, G. (1985). Depression self-rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 491-499.
- Athayde, J.S. (1987). *Elementos de Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bailly, D. (1990). La depression chez l'adolescent. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 5, 363-373.
- Bandura, A (1977). *Social learning theory*. New York: Prentice Hall.
- Barreto, J. (1973). Classificação Nosológica das depressões: aspectos actuais. // *Colóquio sobre Depressões e seu tratamento*. Figueira da Foz, Abril de 1973.
- Batchelor, J. (1999). Adaptation to prolonged separation and loss in institutionalized children: influences on the psychological capacities of adults orphaned throughout childhood. *Dissertation Abstracts International Section*, 59.
- Beck, A. (1964). Thinking and depression: the theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental e theoretical aspects*. London: Staples Press.
- Beck, A. & Rush, J. (1978). Cognitive approaches to depression and suicide. *In*

- Cognitive defects in the development of mental illness*. New York: Brunner-Mazel.
- Benoit, O. (1988). Pathologie de l'adolescent. *Adolescence*, 6, 213-230.
- Bénony, H. (2002). *O desenvolvimento da criança e as suas psicopatologias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berndt, D. & Zinn, D. (1992). *Événements stressants de la vie et symptomatologie depressive de l'adolescent*. Paris:PUF.
- Blazer, D. Et al. (1992). Distúrbios afectivos no idoso. *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 204-220.
- Blazer, D. (1985). *Depressive Illness in Late Life*. Washington: National Academic Press.
- Bleichman, H. (1983). *Depressão: um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Blos, P. (1996). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalysis Study Child*, 22, 162-186.
- Bomba, J. (1988). La dépression chez l'adolescent. *Confrontations Psychiatriques*, 29, 161- 184.
- Bowlby, J. (1980). *Attachement and Loss*. New York: Basics Books.
- Bibring, E. (1959). El mecanismo de la dèpression. *Perturbaciones de la afectividad*, 5: 8-12.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bronfenhemer, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Burgin, D. (1986). Depression in children and adolescents. *Psychopathology*, 3, 159-176.
- Câmara, P. (2005). *Depressão na Infância e Relações Objectais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Canavarro, L. (1997). Depressão Juvenil. *Monografias de Patologia Geral*, ano XIII, nº.2, Fevereiro, 13-25.
- Cantwell, D. & Carlson, G. (1987). *Transtornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martinez Roca.
- Cantwell, D. (1990). *Childhood Psychopathology and Development*. New York: Raven Press.
- Carapeta, C.; Ramires, A. & Viana, M. (2001). Auto conceito e participação desportiva. *Análise Psicológica*, XIX, 51-58.
- Carey, M. & Col. (1987). Children's Depression Inventory: construct and discriminat validity across clinical and nonreferred (control) populations. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 55, 755-761.
- Carlson, G. & Cantwell, D. (1979). A survey of depression symptoms in a child and adolescent psychiatric. *Academy Child Psychiatry*, 18, 587-599.
- Carter, R. (1995). Case control study of chronic fatigue in pediatric patient. *Pediatrics*, 5, 2-11.
- Carvalho, M. (1999). Um passado, um presente: que futuro? Desvio e delinquência juvenis: aspirações e expectativas pessoais, escolares e profissionais de jovens em regime de internato em Colégio do Instituto de Reinserção Social. *Infância e Juventude*, 4, 9-143.
- Carvalho, M. (2000). O dilema das creches – instituição assistencial versus instituição educativa. In *Actas do Congresso Internacional “Os Mundos Sociais e Culturais da Infância”*, Vol.III (67-75). Braga: IEC, Universidade do Minho.
- Carvalho, L. (2002). Crianças Institucionalizadas e desenvolvimento: possibilidades e desafios. In Lordelo, E.; Carvalho, A. & Koller, S.H. (eds), *Infância Brasileira e Contextos de Desenvolvimento*, Vol.I, 19-44. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cavaco, L. (2003). *Estudo das relações existentes entre o auto conceito académico e orientações motivacionais em alunos com sucesso escolar*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Educacional. Lisboa: ISPA.
- Choquet, M. & Ledoux, S. (1988). La santé des adolescents. *INSERM*, 1, 141-152.
- Choquet, M. & Ledoux, S. (1994). Adolescence: enquête nationale. *INSERM*, 1, 346-378.
- Christ, A. (1981). Depression: symptoms versus diagnosis. *Psychother*, 35, 400-412.
- Cicchetti, D. & Col. (1984). *Childhood depression*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Clarizio, H. (1989). *Assessment and treatment of depression in children and adolescents*. Brandon: Clinical Psychology Publishing.
- Cole, D. (1991). Preliminary support for a competency based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 181-190.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão: Episódios de um Percurso em busca do Seu Sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cordeiro, J. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Curry, J. & Craighead, W. (1993). Depression. *Handboock of child and adolescent assessment*, 251-268.
- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (1996). *Transtornos Mentales e Comportamiento ICD – 10*. Madrid: Meditor.
- Dell’ Aglio, A. (2000). *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. Tese de doutoramento. Universidade Federal do Rio Grande Sul.

- Dell'Aglio, D. & Hurtz, C.S. (2004). Depressão e Desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 341-350.
- Delgado, P. (2003). Identidade e Mudança: princípios, funções e dilemas do acolhimento familiar. *Infância e Juventude*, 3, 9-45.
- Derdeyn, A. & Groves, C. (1998). Clinical vicissitudes of adoption. *Clinical Adolescent Psychiatry Clinic*, 7, 373-388.
- Deykin, E. (1987). Adolescent depression, alcohol and drugs abuses. *Public Health*, 77, 178-182.
- Dias, I. (1998). Exclusão social e violência doméstica: que relação?. *Sociologia*, VIII, 180-205.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da Ansiedade e da Depressão em crianças e adolescentes (STAIC – C2, CMAS-R, FSSC-R E CDI): estudo normativo para a população portuguesa. In Soares, A.P.; Araújo, S. & Caíres, S. (1999). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (Volume VI)*. Braga: APPORT.
- Earls, F. (1989). Epidemiology and child psychiatry. *Onthopsychiatry*, 59, 279-283.
- Edelsohn, G. (1992). Self reported depressive symptoms in first-grade children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 31 (2), 282-290.
- Ellis, A (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, B. H.; Fischer, P. A. & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behaviour, developmental delays, anxiety, and effective symptomatology among institutionally reared Romanian Children. *Journal American Children Adolescent Psychiatry*, 43, 10, 1283-1292.
- Essau, C. & Peterman, U. (1997). *Developmental Psychopathology: Epidemiology, Diagnostics and Treatment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Faria, L. (2002). A importância do auto conceito em contexto escolar. In C.M. Lopes Pires, P. J. Costa, S. Brites, & S. Ferreira (Orgs.), *Psicologia, Sociedade & Bem-estar*. Leiria: Editorial Diferença.
- Feighner, J. & Robins, E. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Fernandes da Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. I Vol. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes da Fonseca, A. (2002). *A Psicologia e a Psicopatologia da Infância e da Adolescência*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Fernandes, G.; Ferronha, J. & Machado, M. (1998). Estudo epidemiológico da depressão infantil. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, número especial, 39-51.

- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Ferronha, J.; Fernandes, G. & Machado, M. (1998). Estudo Epidemiológico da depressão infantil. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria* (número especial), 39-51.
- Fleming, J. & Offord, D. (1989). Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. *British Psychiatric*, 155, 647-654.
- Fonseca, A.; Ferreira, A. & Rebelo, M. (2002). O estudo da depressão em crianças. *Psychologica*, 29, 113-122.
- Formosinho, J. Araujo, S. & Sousa, Z. (2002). A institucionalização enquanto transição ecológica: a fenomenologia da experiência no momento de pós-transição. *Cadernos de Consulta Psicológica*.
- Finch, A. & Col. (1985). Children's Depression Inventory: sex and grade norms for normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 424-425.
- Garrison, C. (1990). A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *Journal Epidemiology*, 29, 581-585.
- Garrison, C. (1992). Major depressive disorder in young adolescent. *Journal Epidemiology*, 135, 792-802.
- Gedance, D. (1977). La dépression chez l'enfant. *Revus de Psychiatrie*, 36, 257-259.
- Gero, G. (1946). La construction de la dépression. *Psicoanálisis*, 3:7.
- Gispert, M. & Wheeler, K. (1992). *Suicides de l'adolescent et stress récents et au long cours*. Paris: PUF.
- Gonçalves, O. (1993). *Terapias cognitivas: teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Gouveia, J. (1990). *Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão*. Estudo da sua interacção com os acontecimentos de vida. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica).
- Gray, R. (1987). Adolescent response to the death of a parent. *Journal Young Adolescence*, 16, 511-525.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gutiérrez, J. (2001). Formas especiais de depressão: diagnóstico em cuidados primários. *Monografias de Patologia Geral*, ano XIII, nº.4, Fevereiro, 59-64.
- Guz, I. (1990). *Depressão. O que é, como se diagnostica e trata*. São Paulo: Roca.
- Hallstrom, C. & McClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Harrington, R. (1994). Affective Disorders. *Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 60-65.
- Harrington, R. (2000). Childhood depression: is it the same disorder? In Rapoport, J.

- (ed) Childhood Onset of adult psychology: clinical and research advances. *American Psychiatry Press*, 418-423.
- Harter, S. (1993). Visions of self. Beyond the me in mirror. In Jacobs, J. (eds) *Developmental Perspectives on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska.
- Harrison, P.; Geddes, J. & Sharpe, M. (2002). *Introdução à Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Helsel, W. & Matson, J. (1984). The assessment of depression in children: the internal structure of the Children's Depression Inventory (CDI) and its relationship to the Matson evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 289-298.
- Hugdens, R. (1974). *Psychiatric disorders in adolescent*. Baltimore: Williams & Wilking, CO.
- Hurrelman, K. & Engel, V. (1992). Delinquency as a symptom of adolescent's orientation toward status and success. *Journal of Young and Adolescence*, 21, 34-45.
- Joffe, R. & Col. (1990). Social problem-solving in depressed, conduct disordered and normal adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 18, 565-575.
- Johnson, D. (2000). Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in Eastern European adoptees. *The Minnesota Symposia on Child Psychology*, 31, 113-162.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Kandel, D. & Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescent. *Adolescent Psychiatry*, 10, 123-156.
- Kandel, D. & Davies, M. (1982). Edpidemiology of depressive mood in adolescent. *Psychologist*, 39, 125-135.
- Kaplan, S. (1984). Epidemiology of depressive symptom in adolescent. *American Academy Child Psychiatry*, 23, 91-98.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1996). *Simopsis de Psíquiatria Clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Karp, D. (2002). *Diz-me: porque estás tão triste?*. Colecção Psicologias. Coimbra: Quarteto Editores.
- Kashani, J. & Carlson, G. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 348-350.
- Kaslow, F. (1996). *Hand Book of relational diagnosis and disfunctional family paterns*. New York: John Willey.
- Katona, C. & Evans, S. (1993). The epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia*, 4: 327-333.
- Keber, L. & Kobbobudzi, L. (1993). Institucionalização e abandono de crianças.

- Revista de Ciências Humanas*, 2, 7-30.
- Kivella, S. & Pahkala, K. (1988). Symptoms of Depression. In Old People in Finland. *Zeitschrift fur Gerontologie*, 21: 257-263.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: a self rating scale for school aged youngsters*. Unpublished manuscript.
- Kovacs, M. & Paulauskas, S. (1988). Depressive disorders in childhood. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205-217.
- Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, 44, 209-215.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory*. New York: Mental Health Systems.
- Kutcher, S. (1994). Response to desipramine treatment in Adolescent Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 686-694.
- Lafer, B. (2000). *Depressão no ciclo de vida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laufer, M. (2000). *O adolescente suicida*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ledoux, S. & Choquet, M. (1994). Self reported use of drugs for sleep or distress among french adolescent. *Journal of Adolescent Health*, 15, 21-26.
- Leite, L. & Schmid, P. (2004). Institutionalization and psychological suffering: notes on the mental health of institutionalized adolescents in Brazil. *Transcultural Psychiatry*, 41 (2), 281- 293.
- Llorente, M. A.; Charlebois, L.; Ducci, V. & Farias, A. M. (2003). Children in Institutions: the beginning of the end? The cases of Italy, Spain, Argentina, Chile and Uruguay. *UNICEF Innocenti Research Centre*, 54-82.
- Lobovits, D. & Handal, P. (1985). Childhood depression: prevalence using DSM-III criteria and validity of parent and child depression scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 45-54.
- Loubeyre, J. (1990). Enquête sur une population d'adolescent hospitalisés. *Adolescences et Dépressions*, 1, 14-16.
- Loureiro, M. (1999). Tratamento da depressão em crianças e adolescentes (aspectos gerais). *Psicologica*, 21, 65-78.
- Machado, C. & Gonçalves, R. (2002). *Violência e vítimas de crimes – crianças*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Maclena, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development Psychopathology*, 15 (4), 853-884.
- Madeira, J. (2000). As crianças como cidadãos. In Actas do Congresso Internacional "Os Mundos Sociais e Culturais da Infância", 3, 91-95.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (1990). *Manual de Psicopatologia do Adolescente*. Porto

- Alegre: Artes Médicas.
- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martinez, G. & Meneghello, J. (2000). *Psiquiatria y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Argentina: Editorial Medica Panamericana.
- Martins, A. & Coelho, R. (2000). Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência. *Psiquiatria Clínica*, 21 (1), 23-34.
- Martins, P. (2005). Intervenção realizada no IV ENCONTRO CIDADE SOLIDÁRIA: *Crianças em Risco: será possível converter o risco em oportunidade?*, promovido pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 23 de Maio de 2005.
- Martins, P. & Szymanski, L. (2004). Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. *Estudos de Psicologia*, 9 (1), 177-187.
- Marujo, H. (1994). *Síndromas Depressivos na Infância e na Adolescência*. Dissertação de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Marujo, H. & Silva, A. (1999). A divergência entre avaliadores na depressão infanto-juvenil. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, vol.1, Ano 5, 23-36.
- Marujo, H.; Neto, L. & Perloiro, F. (2005). *Educar para o optimismo*. Lisboa: Editorial Presença.
- Masterson, J. (1986). Sur les traces de la triade borderline. *La Psychiatrie de l'Adolescence Aujourd'hui*, 2, 37-60.
- Masterson, J. (1989). Les troubles limites de la personnalité chez l'adolescent. *Conflitualités*, 1, 49-58.
- McCauley, E. & Col. (1988). Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 903-908.
- Miller, R. (1991). Depression in children. *Unions News*, 8, 31-37.
- Montgomery, S. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Montgomery, S. & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Murell, S. & Himmelfard, S. (1989). Effects of Attachment Breavement an Prevent Conditions on subsequent Depressive Symptoms in Older Adults. *Psychology and Aging*, 2: 166-172.
- Nach, S. & Racamier, P. (1960). Symposium on depressive illness. In *Psychoanalysis*, XLI: 4-5.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders*. New York: Cambridge University Press.

- O'Mara, A. (2003). *Evaluating self-concept intervention from multidimensional perspective: a meta analysis*. School of psychology and self research centre. University of Western Sydney.
- Oriente, I. & Sousa, S. (2005). O significado do abandono para crianças institucionalizadas. *Psicologia em Revista*, 11 (17), 29-46.
- Ostgard-Ybrantdt, R. (2004). *Self concept, inner residue of past relationships and social functioning in adolescence*. Department of Psychology Umea: University Sweden.
- Paixão, R. (2002). A depressão na criança. In *Psicopatologia Infantil e Juvenil*. Universidade de Coimbra: faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Papalia, D.; Olds, S. & Fledman, R. (2001). *O mundo da criança*. 8ª edição. Alfragide: McGraw-Hill.
- Passos, P. & Machado, C. (2002). Eventos Depressivos na puberdade. *In Análise Psicológica*, 2 (XX): 225-232.
- Penot, B. (1973). Contribution à l'étude des dépressions infantiles. *Psychiatrie*, 16, 301-380.
- Pereira, F. (1991). Auto Conceito e Resultados Escolares na Adolescência. *Análise Psicológica*, IX, 145-150
- Petersen, A. (1993). Depression in Adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Piers, E. V. & Herzberg, D.S. (2002). *The Piers-Harris Children's Self Concept Scale, second edition – Piers-Harris, 2 Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Politano, P. & Col. (1986). Factor analytic evaluation of differences between black and caucasian emotionally children on the Children's Depression Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 1-7.
- Poznanski, E. & Zrull, J. (1976). Childhood depression: a longitudinal perspective. *Journal of American Academy of the Child Psychiatry*, 15, 491-501.
- Poznanski, E. (1982). The clinical phenomenology of childhood depression. *Journal Orthopsychiatry*, 52, 308-312.
- Raffo, L. (1994). Depression y autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados. *Revista de Psicologia*, 12, 221-234.
- Rao, V. & Coppen, A. (1979). Classification of depression. *Psychological Medicine*, 9, 172-178.
- Raslaviciene, G. & Zaborshis, A. (2002). The development of mixed emotional and behavioural disorders in children raised in foster care institutions. *Medicina*, 38 (7), 759-768.
- Raymond, M. (1996). Reflexões sobre o acompanhamento em instituição de adolescentes difíceis. *Infância e Juventude*, 2, 21-139.

- Raymond, M. (1998). Reflexões sobre o acompanhamento em instituição de adolescentes difíceis. *Infância e Juventude*, 3, 25-116.
- Regnaut, N. & Bailly, L. (1994). La depression chez l'adolescent. *Adolescence*, 9, 79-86.
- Rehm, L. & Fuchs, C. (1978). *A comparision of self-control and social skills treatments of depression*. Cornell University.
- Ribeiro, L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribera, J. (1996). Intervenção socio-educativa com jovens em risco social. *Infância e Juventude*, 3, 15-23.
- Roldão, D. (2003). *Motivação e auto conceito em alunos do 1º e 2º ciclo do Ensino Básico*. Monografia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.
- Rollinson, R. (2004). *Children and young people in institutions: "the real possibility of life"*. Conferência. Lisboa: Casa Pia de Lisboa.
- Rosentock, H. (1985). Depression and suicidal ideation. *Crisis*, 6, 85-99.
- Rutter, M. (1986). *The developmental psychopathology of depression*. New York: The Guilford Press.
- Rutter, M. (1989). Adolescent turmoil. *Child Psychology*, 17, 35-65.
- Ryan, N. & Puig-Antich, L. (1986). Adolescent major depression. *Psychologist*, 73, 27-39.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Santos, F. & Marcelino, S. (1996). *Internatos de menores: que suporte social*. Cópernico.
- Shapka, H. & Keating, R. (2005). Structure and change in self concept during adolescence. *Canadian Journal of Behaviour Science Prochest: Psychology Journals*.
- Saylor, C. & Col. (1984). The Children's Depression Inventory: a systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- Schoenbach, Y. (1982). Use of a symptom scale to study the prevalence of a depressive syndom in adolescent. *Epidemiology*, 16, 79-81.
- Shaffer, J. (2005). *Self Concept*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Shepard, B. (2003). *Creating selves in a rural community*. W. M Roth (Ed.).
- Simões, M. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psicologica*, 21, 27-64.
- Siqueira, A. & Dell'Aglio, D. (2004). O impacto da Institucionalização na Infância e Adolescência: uma revisão da literatura. *Psicologia e Sociedade*, 18 (1), 71-80.

- Smucker, M. & Col. (1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-39.
- Soares, A.; Freitas, L. & Silva, J. (1998). *Depressão na adolescência*. Actas da IX Semana de Enfermagem, 61-71.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Strecht, P. (2003). *Interiores*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Strecht, P. (2000). *Nunca crianças, ainda crianças: intervenções clínicas em crianças e adolescentes em risco psicossocial*. In actas do Congresso Internacional " Os mundos sociais e culturais da infância". Braga: Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança.
- Valência, M. & Dominguez, M. (1993). La depression en los ninos tutelados. *Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil*, 4, 239-242.
- Veiga, F. (1996). *Transgressão e auto conceito dos jovens na Escola*". Lisboa: Fim de Século Edições.
- Verron, M. (1986). La depression à l'adolescence: approche épidémiologique. *Adolescence*, 4, 45-57.
- Vilaverde, M. (2000). *Factores de risco e factores protectores em crianças vítimas de maus tratos a viver em Instituições*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Teixeira, A. & Branco, A. (1989). Fenomenologia da dor moral. *Psiquiatria Clínica*, 10: 1, 31-34.
- Teixeira, A. & Resende, I. (1985). Depressões: alguns aspectos fenomenológicos e existenciais. *Psiquiatria Clínica*, 6: 4, 217-221.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20:623-644.
- Vaz Serra, A. (1990). A depressão na prática clínica. Porto: Boots Pharmaceuticals e Paracélsia, *Cadernos da depressão, um serviço à profissão médica*.
- Vaz Serra, A. (1994). *Inventário de avaliação clínica da depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Urbina, S. (2004). *Essentials of Psychological Testing*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Walter, H. (1995). Sexual assanltive, school students. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 97-108.
- Weber, L. (2000). *Da institucionalização à adopção: um caminho possível?*. Copérnico.
- Weber, L. & Kossobudzki, L. (1996). *Filhos da solidão: institucionalização, abandono e adopção*. Curitiba: Governo do Estado do Panamá.

- Weber, L. & Gomes, A. (1995). *Onde estão os vínculos das crianças institucionalizadas*. Cadernos de resumo do Congresso Latino Americano de Psiquiatria da Infância e Adolescência.
- Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weiss, B. & Finch, A. (1992). Relations among self reported depressive symptoms in clinic referred children versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 391-397.
- Weiss, L. & Schwarz, J. (1996). The relationship between parenting types and older adolescent's personality, academic achievement, adjustment and substance use. *Child development*, 67.
- Weissman, D. (1984). Psychopathology in the children. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 78-86.
- Widlocher, D. (2001). *As lógicas da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

ANEXOS

ANEXO 1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECURSO DO ESTÁGIO

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECURSO DO ESTÁGIO

Nome do Aluno: Regina Maria da Silva Coelho

Professor Orientador: Dr.^a Etã Sobal Pereira da Costa

Psicólogo Orientador: Dr.^a Mónica Grancho/Dr.^a Paula Correia

| Data | Hora (Entrada/Saída) | Sumário | Observações |
|-------------|---------------------------------|---|--|
| 14-10-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria. Apresentação de Temas Clínicos – Mutismo Reunião de Equipa – Discussão de novos casos e casos pendentes. | |
| 15-10-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria (manhã – crianças; tarde – adolescentes). | Casos de enúrese, dificuldade de aprendizagem, dislexia, psicoses, alteração comportamento grave (tentativa de suicídio), etc. |
| 21-10-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria. Apresentação de Temas Clínicos – Ansiedade e Fobias Reunião de Equipa – Discussão de novos casos e casos pendentes. | |
| 22-10-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria (manhã – crianças; tarde – adolescentes). | Casos de hiperactividade, stress pós-traumático, etc. |
| 28-10-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria. Apresentação de Temas Clínicos – Inibição e Angústia. Reunião de Equipa – Discussão de novos casos e casos pendentes. | |
| 29-10-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria (manhã – crianças; tarde – adolescentes). | |
| 04-11-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria. Apresentação de Temas Clínicos – Tiques. Reunião de Equipa – Discussão de novos casos e casos pendentes. | 1 ^a consulta – entrevista inicial. |
| 05-11-02 | 9h00-17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria (manhã – crianças; tarde – adolescentes). | Quadros depressivos |
| 11-11-02 | 9h00 – 17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria. Apresentação de Temas Clínicos – | |

| | | | |
|----------|--------------|---|--|
| | | Animação Sociocultural no Contexto Hospitalar. Reunião de Equipa – Discussão de novos casos e casos pendentes | |
| 12-11-02 | 9h00 – 17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria | |
| 18-11-02 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica. Apresentação de Temas Clínicos – Alcoolismo. Consultas de Psicologia – 1ª Consulta (amnanese, entrevista inicial). | |
| 19-11-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria. Avaliação Psicológica. | |
| 25-11-02 | 9h00 –17h00 | Apresentação de Temas Clínicos – Abordagem Legal dos menores em Risco. Avaliação Psicológica. | |
| 26-11-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Pedopsiquiatria. Avaliação Psicológica. | |
| 02-12-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia – 1ª Consulta (amnanese, entrevista inicial). | |
| 03-12-02 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica – WISC-R e T.A.T. Terapia da Fala (exercícios da Speechviewer II e aplicação de teste de articulação). | |
| 09-12-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia – 1ª Consulta (amnanese, entrevista inicial). Aplicação da WISC-R e cotação da mesma. Relatórios (exemplos de como fazer). | |
| 10-12-02 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica. Consultas de Pedopsiquiatria. | |
| 16-12-02 | 9h00 –17h00 | Aplicação do T.A.T (Prova Projectiva). Reunião de Equipa. Consulta de Terapia Ocupacional e Animação Sociocultural. | |
| 17-12-02 | 9h00 –17h00 | Consultas de psicomotricidade. Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). Teste de Orientação Vocacional. Aplicação da WISC-R e C.A.T. | |
| 20-12-02 | 9h00 –13h00 | Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). | |
| 23-12-02 | 9h00 –13h00 | Consultas de psicologia. | |
| 26-12-02 | 9h00 –13h00 | Avaliação psicológica. | |
| 27-12-02 | 9h00 –13h00 | Consultas de Psicologia (avaliação e psicoterapia de apoio). | |
| 30-12-02 | 9h00 –13h00 | Consultas de psicologia. | |
| 06-01-03 | 9h00 –17h00 | Reunião de Equipa. Consultas de psicologia. | |
| 07-01-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Avaliação – WISC-R. | |
| 13-01-03 | 9h00 –17h00 | Reunião de equipa. Consultas de Terapia Ocupacional. | |
| 14-01-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Avaliação – WISC-R e KSADS-PL. | |
| 20-01-03 | 9h00 –13h00 | Avaliação Psicológica – KSADS-PL. Reunião com administração. | |
| 23-01-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Avaliação – WISC-R. Visita ao Abrigo de São José. | |
| 24-01-03 | 9h00-13h00 | Consultas de Psicologia. | |
| 31-01-03 | 9h00 –13h00 | Consultas de Psicologia. Reunião com administração. Visita ao internamento de Pediatria. | |

| | | | |
|----------|-------------|--|--|
| 03-02-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica. Apresentação de Temas Clínicos – Depressão Infantil. Consultas de Terapia Ocupacional. | |
| 10-02-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). Apresentação de Temas Clínicos – Terapia Ocupacional na Pedopsiquiatria. Reunião de Equipa. | |
| 11-02-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). Avaliação Psicológica (WISC-R, WAIS e KSADS-PL). | |
| 17-02-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R). Apresentação de Temas Clínicos – Escala de Reynell e Escala de Comunicação Não verbal. Reunião de Equipa. | |
| 18-02-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T) | Apliquei WISC-R com supervisão. |
| 19-02-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). Hospital de Dia. | |
| 20-02-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). | |
| 21-03-02 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). | |
| 24-02-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). | Aplicação da WISC-R de forma autónoma e com supervisão. |
| 25-02-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). | Aplicação da WISC-R de forma autónoma e com supervisão. |
| 26-02-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). | |
| 27-02-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). Relatórios. | |
| 28-02-03 | 9h00 –13h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). | O apoio foi realizado de forma autónoma e com supervisão. |
| 06-03-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). | O apoio foi realizado de forma autónoma e com supervisão |
| 07-03-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). | |
| 10-03-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação Psicológica (WISC-R e T.A.T). Apresentação de Temas Clínicos – Técnicas Projectivas (C.A.T e T.A.T). Reunião de Equipa. | A aplicação do teste projecto foi realizado de forma autónoma e com supervisão |
| 13-03-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação psicológica (C.A.T e WAIS). Apoio Psicológico. Visita à APPACDM do Fundão. | |
| 14-03-03 | 9h00 –13h00 | Avaliação psicológica (C.A.T). | |
| 17-03-03 | 9h00 –17h00 | Reunião com Orientadora de Estágio. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Relaxamento. Avaliação psicológica (WISC-R). | A aplicação da WISC foi realizada de forma autónoma e com supervisão |
| 24-03-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia com Dr. ^a Filipa. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Autismo Infantil. Avaliação psicológica (WISC-R). | A aplicação da WISC foi realizada de forma autónoma e com supervisão |
| 27-03-03 | 9h00 –17h00 | Apresentação do tema subordinado à | A aplicação da WISC |

| | | | |
|----------|--------------|--|---|
| | | Importância do desporto na Adolescência na Escola EB 2º/3º Quinta das Palmeiras. Avaliação psicológica (WISC-R). | foi realizada de forma autónoma. |
| 31-03-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Casos Clínicos subordinados ao tema da Animação Sociocultural. Avaliação psicológica (T.A.T). | Aplicação autónoma do teste projectivo. |
| 03-04-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). Visita à Escola Serra da Gardunha. | |
| 04-04-03 | 9h00 –13h00 | Relatórios. | |
| 07-04-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. | |
| 10-04-03 | 9h00 –17h00 | Relatórios. Avaliação Psicológica. | |
| 11-04-03 | 9h00 –17h00 | Apoio psicológico. Relatórios. | O apoio foi realizado de forma autónoma e com supervisão. |
| 14-04-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Psicologia da Saúde. Avaliação psicológica. | |
| 17-04-03 | 9h00 –13h00 | Relatórios. Consultas de psicologia (psicoterapia de apoio). | O apoio foi realizado de forma autónoma e com supervisão |
| 21-04-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – A relação Terapêutica com o adolescente. | |
| 22-04-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação psicológica (WISC-R e WAIS). Orientação Vocacional. | |
| 23-04-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação psicológica (KSADS-PL). Reunião de Hospital de Dia. | |
| 24-04-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação psicológica (T.A.T; WISC-R e WAIS). Orientação Vocacional. psicoterapia de apoio. | O apoio foi realizado de forma autónoma e com supervisão |
| 05-05-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Maus-tratos. | |
| 08-05-03 | 9h00 –13h00 | Consulta de Psicologia. Relatórios. | |
| 09-05-03 | 9h00 – 13h00 | Consultas de Psicologia - psicoterapia. | |
| 12-05-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Avaliação em Terapia Ocupacional. | |
| 15-05-03 | 9h00 –17h00 | Avaliação psicológica (Matrizes de Raven). Intervenção na Comunidade – Visita à Escola Santo António. | |
| 16-05-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de psicologia (psicoterapia de apoio). | O apoio foi realizado de forma autónoma e com supervisão |
| 19-05-03 | 9h00 –17h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Caso Clínico. | |
| 22-05-03 | 9h00 – 13h00 | Consultas de Psicologia (psicoterapia de apoio). | O apoio foi realizado de forma autónoma e com supervisão |
| 26-05-03 | 9h00 – 13h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Afasias. | |

| | | | |
|----------|--------------|--|--|
| 29-05-03 | 9h00 – 13h00 | Consultas de psicologia. Relatórios | |
| 30-05-03 | 9h00 – 13h00 | Psicoterapia de apoio | O apoio foi realizado de forma autónoma e com supervisão |
| 02-06-03 | 9h00 – 13h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Desenvolvimento na perspectiva psicanalítica. | |
| 05-06-03 | 9h00 – 13h00 | Consultas de psicologia. Relatórios. | |
| 06-06-03 | 9h00 – 13h00 | Psicoterapia de apoio. | O apoio foi realizado de forma autónoma e com supervisão |
| 09-06-03 | 9h00 – 13h00 | Consultas de Psicologia. Reunião de Equipa. Apresentação de Temas Clínicos – Terapia das Dislexias. | |
| 12-06-03 | 9h00 – 13h00 | Consultas de Psicologia. Relatórios. | |
| 13-06-03 | 9h00 – 13h00 | Consultas de psicologia. | |
| 20-06-03 | 9h00 – 13h00 | Psicoterapia de apoio. | |
| 26-06-03 | 9h00 – 13h00 | Avaliação psicológica (C.A.T e T.A.T) | |
| 27-06-03 | 9h00 – 13h00 | Apoio psicológico. | |
| 30-06-03 | 9h00 – 13h00 | Fim do Estágio. Reunião de equipa. | |

ANEXO 2 - OBJETIVOS ESTÁGIO CURRICULAR

Como objectivos gerais, foram determinados os seguintes:

1. Participar nas consultas do serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (consultas de Pedopsiquiatria, Psicologia, Terapia da Fala e Psicomotricidade);
2. Elaborar relatórios clínicos com supervisão;
3. Participar na elaboração de avaliações psicológicas (entrevista inicial);
4. Aplicar testes psicológicos (observação, aplicação com supervisão, autonomia);
5. Investigar/observar a dinâmica institucional;
6. Desenvolver um trabalho de pesquisa a nível do domínio da depressão;
7. Apreender e aprender o máximo de conhecimentos acerca da Psicologia e da prática psicológica (ao nível do serviço de doentes crónicos e grávidas adolescentes);
8. Desenvolver uma mini-investigação num domínio a definir:

Como objectivos específicos, foram determinados os seguintes:

- a. Conhecer as problemáticas (patologias) existentes ou encontradas no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência a dois níveis: ao nível do diagnóstico e ao nível da intervenção;
- b. Contactar com os diversos meios técnicos (testes psicológicos) que estão na base do diagnóstico;

- c. Ajudar o futuro psicólogo a construir uma estratégia pessoal integrando os testes psicológicos como uma das formas de diagnóstico;
- d. Permitir conhecer melhor as contribuições e limites dos testes psicológicos;
- e. Perceber como os próprios médicos, funcionários, todo o pessoal se relaciona e age.

**ANEXO 3 – FORMAÇÃO SUBORDINADA AO TEMA “A IMPORTÂNCIA DO
DESPORTO NA AUTO-ESTIMA”**

ANEXO 4 - FORMAÇÃO SUBORDINADA AO TEMA DA DEPRESSÃO INFANTIL

INTRODUÇÃO

■ Por muitas décadas, os estados depressivos foram considerados raros e mesmo inexistentes. Contudo, hoje a patologia depressiva na criança é reconhecida e cada vez mais frequente na prática clínica.

■ O principal problema que apresentam as depressões infantis reside na sua atipicidade clínica, no sentido em que a maioria destas depressões são depressões mascaradas caracterizadas essencialmente por transtornos do comportamento ou por equivalentes somáticos da depressão.

DEPRESSÃO INFANTIL – BREVE RESENHA HISTÓRICA

■O reconhecimento da depressão como entidade diagnóstica em crianças (e adolescentes) é um fenômeno relativamente recente.

■Em 1970 começaram-se a publicar investigações empíricas acerca da depressão infantil o que realçou a importância do seu estudo.

■Pozanaski & Zrull (1970) foram os autores que mais se destacaram no estudo da depressão em crianças. Estes autores realizaram um estudo que demonstrou a existência do transtorno depressivo nas crianças. Estes examinaram uma amostra de 178 crianças de 3 a 12 anos e verificaram que 98 dos casos evidenciavam sintomas como tristeza, infelicidade, aparência depressiva, expressão de sentimentos “não sou amado”; “não sou capaz”, pobre auto-estima.

■O estudo empírico da depressão infantil teve o seu início fins de 1970 e princípios de 1980. Anteriormente, as concepções dominantes argumentavam que a depressão infantil não existia ou se manifestava de forma significativamente distinta da do adulto.

■Cantwell (1987) distingue 4 correntes de pensamento que foram dominantes em distintos períodos ao longo da história da depressão infantil.

■A teoria psicanalítica sustenta que a depressão como síndrome clínico não surge nas crianças antes da puberdade. Os autores de orientação psicanalítica defendem este ponto de vista e conceptualizam a depressão como uma consequência do desvio da agressividade para o próprio indivíduo por influência de um super-ego forte. O síndrome depressivo não pode ocorrer na infância porque o super-ego não está ainda formado neste período.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO SEGUNDO O DSM-IV.

Actualmente, o DSM-IV postula os mesmos critérios de diagnóstico da depressão quer para os adultos quer para as crianças e adolescentes. Este prevê que a manifestação dos sintomas pode variar consoante a idade. São comuns em crianças, as queixas somáticas, irritabilidade e afastamento social. Contudo, estes sintomas não são incluídos nos critérios diagnósticos. As modificações para as crianças são estado de animo irritável em vez de humor deprimido e fracassos no aumento de peso em vez de perda ou aumento de peso significativo.

Os critérios requeridos são quebra nas actividades durante um período de duas semanas e deve apresentar pelo menos 5 dos seguintes sintomas:

- ◆ Animo irritável
- ◆ Perda de interesse ou prazer (anedonia)
- ◆ Falta de aumento no peso esperado
- ◆ Insónia ou hipersónia
- ◆ Agitação ou lentificação psicomotora
- ◆ Fadiga ou perda de energia
- ◆ Sentimentos de inutilidade ou culpa
- ◆ Concentração diminuída
- ◆ Pensamentos repetitivos de morte ou ideação suicida, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

SINTOMATOLOGIA

Na criança, a depressão na sua forma atípica esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, agressividade, hiperactividade e rebeldia. Nas crianças mais novas, devido à falta de habilidade para uma comunicação que demonstre o seu estado emocional, a depressão manifesta-se, essencialmente, pela hiperactividade.

Nas crianças é comum a depressão ser acompanhada por queixas inespecíficas tais como cefaleias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vómitos, cólicas intestinais, etc.

Na esfera do comportamento, a depressão infantil pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse pelas pessoas e isolamento. As alterações cognitivas, tais como a atenção, o raciocínio e memória, relacionadas com a depressão infantil interferem de forma negativa no rendimento escolar.

Dos 2-3 anos até à idade escolar, a Depressão infantil pode manifestar-se, ainda com um quadro de Ansiedade de Separação, onde existe sólida aderência da criança à figura de maior contacto, ou até sinais sugestivos de regressão psicoemocional como trejeitos mais atrasados na linguagem, Encóprese e enúrese.

SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DA DEPRESSÃO INFANTIL

- Mudança de humor significativa
- Diminuição da actividade e do interesse
- Queda no rendimento escolar, perda de atenção, problemas de aprendizagem, absentismo
- Distúrbios do sono
- Aparecimento de condutas agressivas
- Autodepreciação
- Perda de energia física e mental
- Queixas somáticas
- Fobia escolar
- Perda ou aumento de peso
- Cansaço matinal
- Aumento da sensibilidade (irritação/choro fácil)
- Negativismo / pessimismo
- Sentimentos de rejeição
- Ideias mórbidas sobre a vida (medo à morte nele próprio ou nos familiares)
- Enúrese / Encóprese
- Condutas antisociais e destrutivas
- Ansiedade
- Hiperactividade

ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO INFANTIL

Existem, na generalidade, três tipos de factores básicos que podem estar na origem de uma perturbação depressiva:

1. factores constitucionais e hereditários
2. factores psicológicos
3. factores sociais

Factores Constitucionais e Hereditários

◊ nos factores constitucionais incluem-se as crianças que sofrem de alguma enfermidade crónica ou que apresentam algum déficite importante e que os destacam da população geral – crianças hiperactivas com um desenvolvimento físico excessivo para a idade; crianças que apresentam dificuldades na aquisição das habilidades escolares entre outras têm mais probabilidade de apresentarem sintomas depressivos (M.D. Fernandez Abeijon,1989).

◊ a hereditariedade é responsável pela depressão. Estudos feitos com gémeos têm apoiado esta hipótese. A concordância para a perturbação depressiva em gémeos monozigóticos é de 76% comparado com 19% em gémeos dizigóticos (Akiskal & Wender,1986)

a presença de um progenitor depressivo especialmente a mãe constitui também um factor de risco. Estudos realizados provaram que filhos de pais depressivos têm maior risco de desenvolverem vulnerabilidade cognitiva para a depressão.

Factores Psicológicos

◊ os factores psicológicos relacionam-se com a idiosincrasia (constituição) psicológica do indivíduo, ou seja, com a sua forma de ser – personalidade (M.D. Fernandez Abeijon,1989).

Exemplo: a expressão da perturbação depressiva não é igual numa criança com personalidade do tipo introvertido e numa criança extrovertida já que na criança menos social pode ser mais difícil identificar sintomas de depressão.

Factores Sociais

◊ alguns aspectos presentes no ambiente da criança podem potenciar o desenvolvimento de uma perturbação depressiva tanto pelos seus efeitos de carência (privação afectiva de pais por orfandade; perda de familiares chegados) tanto pelos seus efeitos nocivos (maltrato físico, emocional, negligência, abuso sexual).

◊ outros aspectos presentes sobretudo no ambiente familiar podem influenciar o desencadeamento da depressão infantil. São eles: a violência conjugal; o divórcio; as relações conflituosas entre pais, irmãos e iguais; os níveis baixos de coesão à família; entre outros.

↳ existem outros factores de risco para o desenvolvimento da depressão tais como a idade; o sexo; o nível sócio-económico; entre outros, contudo o estudo destas variáveis mostra que os distúrbios depressivos são menos frequentes antes da puberdade com estimativas de prevalência abaixo dos 1%.

PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO NAS CRIANÇAS

Os dados epidemiológicos revelam que os transtornos depressivos aumentam com a idade. A taxa de Episódio Depressivo Major em crianças de idade pré-escolar é de 0.3% na população geral, e de 2% em crianças de idade escolar.

Estudos epidemiológicos sugerem que entre 3 a 5% das crianças manifestam níveis clínicos de depressão (Fleming & Offord, 1990; Lewinohn, Hops, Roberts, & Andrews, 1993).

N.Kaslow (1996) postulam que aproximadamente 2 a 5 % das crianças da população geral cumprem os critérios de diagnóstico para a depressão.

G. Finvard (1999) refere que a prevalência da depressão em crianças é de 0.4% a 2.5%.

Em Portugal, e de acordo com os resultados do estudo realizado pela Dr.^a Helena Marujo, a prevalência da depressão infantil é de 9.52% (contudo a amostra não é representativa da população por ser demasiada pequena)

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Terapias Psicanalíticas

Este tipo de intervenção tem como pressupostos etiológicos os conflitos internos e os impulsos de culpa, raiva e hostilidade; focam em experiências passadas ou processos intrapsíquicos; têm por objectivo mudar a personalidade. O que se pretende com este tipo de terapia é ajudar o doente na auto-compreensão, na identificação de sentimentos, na melhoria da auto-estima, na mudança de padrões de comportamento inadequado, ajudando-o a lidar com conflitos presentes e passados (AACAP, 1998).

Terapia Interpessoal

A psicoterapia interpessoal não está ligada a um modelo particular de etiologia da depressão. Aqui a depressão é conceptualizada como sendo de etiologia essencialmente multifactorial e a intervenção é orientada para as relações interpessoais correntes, no aqui e agora, tendo como objectivo o alívio dos sintomas e as áreas-problema.

Terapia Cognitivo-comportamental

É provavelmente o tratamento psicoterapêutico mais promissor e útil com crianças e adolescentes (AACAP, 1998). Nesta abordagem terapêutica da depressão a ênfase é colocada nas crenças disfuncionais e no estilo cognitivo mal-adaptativo e distorcido. O tratamento incide nas cognições e sistemas de crenças, aqui e agora, com o objectivo de aliviar os sintomas e dificuldades interpessoais. Os resultados de vários estudos demonstram que esta terapia é superior a outras formas de tratamento para além de que a sua eficácia se mantém a médio e longo prazo (Ryan & Dubois, 1998).

Intervenção Familiar e Terapia Familiar

São formas de intervenção que têm gozado de uma crescente popularidade em clínicas de Psiquiatria de Crianças e Adolescentes. Assentam na ideia de que a família é

uma das mais poderosas forças para a promoção da saúde e para a produção da perturbação na vida da criança (Hoare,1993). Assim o tratamento de uma criança deprimida deve incluir sempre uma adequada avaliação da família nomeadamente a nível dos padrões de interacção; contexto sócio-cultural; localização da família no ciclo de vida; estrutura intergeracional; papel da família na diminuição ou amplificação do problema e técnicas e competências da família na resolução de problemas.

Treino de Competências Sociais

Este tipo de terapia coloca maior ênfase nas actividades manifestas e no desenvolvimento de competências como expressão não verbal, iniciar conversas, assertividade, planeamento e resolução de problemas.

MEDICAÇÃO ANTI-DEPRESSIVA

Ⓣ *Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (SSRIs)*

De acordo com os dados científicos disponíveis, os SSRIs são os medicamentos de primeira linha na depressão de crianças (AACAP,1998).

Ⓣ *Antidepressivos tricíclicos*

Apesar dos efeitos secundários documentados, nomeadamente cardíacos, estes medicamentos têm indicação ocasional no sentido em que se têm revelado eficazes (Evans et al., 1998).

Ⓣ *Lítio*

O lítio pode ser indicado em casos seleccionados, quase sempre em crianças com mais de 12 anos mas também está descrito o seu uso em crianças mais novas (Hagino et al.,1998). Há indicações da sua possível utilidade em doentes com depressões resistentes, particularmente, quando associado com antidepressivos (AACAP,1998).

Ⓣ *Hormonas tiroideias*

Suplementos da hormona tiroideia (triiodotironina), mesmo em doentes sem disfunção da tiróide, podem aumentar a eficácia do tratamento com antidepressivos (Joff et al.,1993).

⇒ importa mencionar que em relação à medicação é muito importante não esquecer que, sempre que é prescrita para doentes deprimidos, deve ter-se em conta o potencial risco de suicídio com recursos a doses elevadas dos próprios medicamentos e ainda o potencial perigo de envenenamento accidental dos irmãos ou outros.

ANEXO 5 – CASO CLÍNICO NO ÂMBITO DA DEPRESSÃO

Apresentação de um caso clínico
Centro Hospitalar da Cova da Beira
Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Dados pessoais

- Criança do sexo masculino
- 9 anos
- 3ª classe
- 1ª consulta: 03/10/01
- Motivo da consulta: febre aftosa anorexia
- Diagnóstico: luto

Sintomatologia actual

- Chorava porque queria a mãe
- Baixa auto-estima
- Choro fácil
- Sensível à crítica
- Tristeza
- Birras à menor frustração

Antecedentes pessoais

- A) Gravidez: planeada; desejada; a mãe queria um menino
- B) Parto: eutócito; termo; hospitalar; PN:2900
- C) 1ºs meses: o D. era muito chorão e que dava muitas noitadas (insónias do primeiro ano)
- Angústia de separação (8ª mês): não
- Objecto transitivo: urso (que ainda usa)
- D) Alimentação: sempre comeu bem até ao falecimento da mãe
- E) Sono: até aos 4 anos dormiu com os pais; depois passou a dormir no seu quartinho. Após o falecimento da mãe começou a dormir com o pai. Actualmente já voltou a dormir sozinho.
- F) Desenvolvimento psicomotor
- Sorriso: sem informação (o pai não se recorda)
- Sentar: sem informação (o pai não se recorda)
- 1ºs passos ou início da marcha: começou a andar aos 9/10 meses
- 1ªs palavras: começou a falar aos 12 meses (1ª palavra foi “mãe”).

Antecedentes pessoais

Actividades:

Quotidiano – de manhã dorme ou vai para a casa da avó, vê televisão, almoça, vai para a escola, vai buscar o primo após a escola e vai para casa.

Fim de semana – passeia com o pai, anda de bicicleta ou de carro, vão até ao jardim, jogar à bola.

Férias – ficam em casa e passeiam.

Aniversários – passados com a família.

- Medos: escuro (após a morte da mãe); lobos; ladrões; medo que o pai morra.
- Sonhos: com monstros mas actualmente refere que já não sonha.
- História familiar: tem uma prima com 15 anos no ACM.

Observação livre

■ 1ª consulta

O D. mostrou ser um menino muito triste e que evitou a todo o custo falar da mãe.

Nunca esteve quieto durante a consulta e teve dificuldade em manter o contacto visual.

Por várias vezes, pediu se podia chamar o pai.

Recusou falar das suas dificuldades emocionais.

■ Consultas seguintes

O D. já vinha mais comunicativo, falador com um comportamento aceitável na sala.

Com o tempo e com o estabelecimento da relação, o D. já falava da mãe com menos dificuldade chegando mesmo a referir que não se sentia tão triste como antes.

Aplicação de provas psicológicas e resultados obtidos com a análise dos mesmos.

Desenho livre

Observam-se sinais de depressão (chuva simboliza as lágrimas que a criança derrama devido à tristeza; a igreja representa a vivência de uma fase mais emotiva (tamanho) “é onde está a mãe”; há sinais de tristeza e de falta de motivação)

Desenho da família

O desenho da família foi elaborado da direita para a esquerda onde a 1ª figura desenhada foi a do pai; a namorada deste; o D.; e os primos.

O D. Desenhou o pai e a namorada deste à direita do desenho o que pode indicar que aceita esta relação no futuro. D. Desenhou-se a ele próprio à esquerda do desenho o que pode revelar que se revê no passado

Orientação

Na escola: intervir no sentido de ajudar o D. a recuperar de forma a que transite de ano. Para tal falou-se com a professora que referiu que o D. distraísse muito, não fazia os trabalhos, mentia.

No entanto, foi-lhe solicitado que ajude o D. e lhe dê mais atenção de forma a que este se motive para as aulas.

- Trabalhar com o pai de forma a que este tome as rédeas da família no sentido em que o D. mostra-se muito indeciso entre o ficar com o pai ou com a avó. Este refere que gostava de ficar com a avó, esta também já mostrou vontade de ficar com o D.

- Trabalhar ainda o facto de o pai estar realmente preparado para assumir uma nova relação e com esta todas as exigências que esta impõe. A avó materna não mostra qualquer disponibilidade em conhecer a namorada do pai de D. o menino por seu lado refere gostar muito da companheira do pai dizendo que gostava que esta se mudasse lá para casa.

ANEXO 6 – FORMULÁRIO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DADOS SOCIO DEMOGRAFICOS

IDADE: _____

ESCOLARIDADE: _____

PROBLEMÁTICA ASSOCIADA AO ACOLHIMENTO: _____

TEMPO PERMANENCIA NA INSTITUIÇÃO: _____

CONTACTO COM FAMILIA:

Não

Sim

(Se sim, quem) _____

PERIODICIDADE DOS CONTACTOS

Semanal

Mensal

Períodos de Férias

Inexistente

EXISTENCIA DE FRATRIA (Se sim, quantos elementos e se na mesma instituição)

Não

Sim

Número de irmãos _____

Com medida de acolhimento institucional

Não

Sim

(se sim, na mesma instituição ou outra)

Instituição de Acolhimento _____

PROBLEMAS DE SAÚDE

Não

Sim

(se sim, qual) _____

Física

Mental / Psicológico

ANEXO 7 – CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: CDI

Acontece frequentemente que os meninos e meninas não têm os mesmos sentimentos e as mesmas ideias.

- Este questionário dá-te uma lista de grupos de sentimentos e ideias.
- Em cada grupo escolhe uma frase que descreva bem aquilo que tu fizeste, sentiste ou pensaste no decurso das duas últimas semanas.
- Quando tiveres escolhido a frase no 1º grupo, passa ao seguinte.
- Não há boa ou má resposta. Deves escolher apenas a frase que descreve melhor a tua maneira de ser nestes últimos tempos. Escreve uma cruz na casa que corresponde à frase que tu escolheste.
- Agora vamos dar-te um exemplo:

Estou sempre a ler livros

De vez em quando eu leio um livro

Raramente eu leio um livro

- Lembra-te que deves escolher a frase que descreva aquilo que tens sentido e as tuas ideias nestas duas últimas semanas.

1. De vez em quando eu estou triste

Frequentemente eu estou triste

Estou sempre triste

2. As coisas para mim vão indo sempre para pior

Não tenho a certeza se tudo irá piorar para mim

Tudo vai correr bem para mim

3. Eu consigo realizar bem tudo o que faço

Eu falho em muitas coisas

Eu falho em tudo o que faço

4. Há montes de coisas que me divertem

Poucas coisas me divertem

Não há nada que me divirta

5. Sou sempre uma pessoa desagradável

Sou frequentemente desagradável

Sou desagradável uma vez por outra

6. De longe a longe, temo que me aconteçam coisas desagradáveis
Tenho medo que me aconteçam coisas desagradáveis
Estou certo que me vão acontecer coisas horríveis
7. Eu detesto-me
Eu não gosto de mim
Eu gosto muito de mim
8. Quando as coisas não correm bem, a culpa é minha
Frequentemente quando as coisas não correm bem, a culpa é minha
Quando as coisas correm mal, a culpa não é minha
9. Gosto de estar vivo
As vezes, penso que seria melhor eu não ter nascido
Eu não quero viver
10. Tenho todos os dias vontade de chorar
Por vezes, tenho vontade de chorar
De longe em longe, tenho vontade de chorar
11. Há sempre qualquer coisa que me inquieta
Há muitas vezes, qualquer coisa que me inquieta
De tempos a tempos há qualquer coisa que me inquieta
12. Gosto de estar bem com os colegas
Por vezes, não gosto de estar bem com os colegas
Não quero nunca estar bem com os outros colegas
13. Entre várias coisas que tenho que escolher nunca consigo decidir-me
Custa-me decidir quando tenho de escolher entre várias coisas
Decido-me facilmente entre várias coisas
14. Sinto-me bem, gosto do meu corpo
Há coisas que não gosto no meu corpo
Acho-me feio
15. Tenho de esforçar-me muito para fazer os meus deveres escolares

Muitas vezes, tenho que me esforçar para fazer os meus deveres escolares

Para mim, não é problema fazer os deveres escolares

16. Tenho sempre dificuldade em dormir à noite

Muitas vezes, tenho dificuldade em dormir

Durmo bem

17. Sinto-me cansada de tempos a tempos

Estou frequentemente cansada

Estou sempre cansada

18. A maior parte do tempo, não tenho desejo de comer

Muitas vezes, não tendo desejo de comer

Eu tenho bom apetite

19. Não fico preocupado quando tenho uma doença

Quando tenho uma doença, por vezes, fico preocupado

Fico sempre preocupado quando tenho uma doença

20. Não me sinto só

Frequentemente, sinto-me só

Sinto-me sempre só

21. Nunca me divirto na escola

Divirto-me raramente na escola

Divirto-me frequentemente na escola

22. Tenho muitos amigos

Eu tenho muitos amigos mas queria ter mais

Não tenho nenhum amigo

23. Os meus resultados escolares são sempre bons

Os meus resultados escolares não são tão bons como anteriormente

Tenho maus resultados nas disciplinas em que habitualmente tinha boas notas

24. Eu não faço tão bem como os outros

Posso fazer tão bem como os outros se eu quiser

Eu não faço nem pior nem melhor que os outros

25. Ninguém me ama verdadeiramente
Tenho dúvidas se alguém me ama
Estou certo que alguém me ama

26. Faço geralmente o que me dizem
A maior parte das vezes não faço o que me dizem
Nunca faço o que me dizem

27. Entendo-me bem com os outros
Frequentemente tenho discussões
Eu discuto sempre

ANEXO 8 – ESCALA DE AUTO CONCEITO
(Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2)

ESCALA DE AUTO-CONCEITO
(Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2)

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: Rapaz - Rapariga

Data de avaliação: ___/___/___ Ano de Escolaridade: _____

INSTRUÇÕES: Encontra-se no questionário que se segue um conjunto de afirmações que descreve aquilo que algumas pessoas sentem em relação a si mesmas. Lê cada uma dessas afirmações e vê se ela descreve ou não o que tu achas de ti próprio. Se for verdadeiro ou verdadeiro em grande parte põe um círculo em volta da palavra "Sim", que está a seguir à frase. Se for falso ou falso em grande parte põe um círculo em volta da palavra "Não". Responde a todas as perguntas, mesmo que em relação a algumas, seja difícil de decidir.

Não assinales "Sim" e "Não" na mesma frase.

Lembra-te de que não há respostas certas ou erradas. Só tu nos podes dizer o que é que achas de ti mesmo(a), por isso esperamos que respondas de acordo com o que realmente sentes.

Resultado total: Resultado bruto _____ Percentil _____ Statines _____

Clusters: I _____ II _____ III _____ IV _____ V _____ VI _____

1 Os meus colegas de turma troçam de mim. SIM NÃO

2 Sou uma pessoa feliz. SIM NÃO

3 Tenho dificuldades em fazer amizades. SIM NÃO

4 Estou triste muitas vezes. SIM NÃO

5 Sou uma pessoa esperta. SIM NÃO

6 Sou uma pessoa tímida. SIM NÃO

7 Fico nervoso(a) quando o Professor me faz perguntas. SIM NÃO

8 A minha aparência física desagrada-me. SIM NÃO

9 Sou um chefe nas brincadeiras e no desporto. SIM NÃO

10 Fico preocupado(a) quando temos testes na escola. SIM NÃO

11 Sou impopular. SIM NÃO

12 Porto-me bem na escola. SIM NÃO

- 13 Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha. SIM NÃO
- 14 Crio problemas à minha família. SIM NÃO
- 15 Sou forte. SIM NÃO
- 16 Sou um membro importante da minha família. SIM NÃO
- 17 Desisto facilmente. SIM NÃO
- 18 Faço bem os meus trabalhos escolares. SIM NÃO
- 19 Faço muitas coisas más. SIM NÃO
- 20 Porto-me mal em casa. SIM NÃO
- 21 Sou lento(a) a terminar, trabalhos escolares. SIM NÃO
- 22 Sou um membro importante da minha turma. SIM NÃO
- 23 Sou nervoso(a). SIM NÃO
- 24 Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma. SIM NÃO
- 25 Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas. SIM NÃO
- 26 Os meus amigos gostam das minhas ideias. SIM NÃO
- 27 Meto-me frequentemente em sarilhos. SIM NÃO
- 28 Tenho sorte. SIM NÃO
- 29 Preocupo-me muito. SIM NÃO
- 30 Os meus pais esperam demasiado de mim. SIM NÃO
- 31 Gosto de ser como sou. SIM NÃO

- 32 Sinto-me posto de parte. SIM NÃO
- 33 Tenho o cabelo bonito. SIM NÃO
- 34 Na escola, ofereço-me várias vezes como voluntário(a). SIM NÃO
- 35 Gostava de ser diferente daquilo que sou. SIM NÃO
- 36 Odeio a escola. SIM NÃO
- 37 Sou dos últimos a ser escolhido(a) para jogos e desportos. SIM NÃO
- 38 Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas. SIM NÃO
- 39 Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias SIM NÃO
- 40 Sou infeliz. SIM NÃO
- 41 Tenho muitos amigos. SIM NÃO
- 42 Sou alegre. SIM NÃO
- 43 Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas. SIM NÃO
- 44 Sou bonito(a). (Tenho bom aspecto) SIM NÃO
- 45 Meto-me em muitas brigas. SIM NÃO
- 46 Sou popular entre os rapazes. SIM NÃO
- 47 As pessoas pegam comigo. SIM NÃO
- 48 A minha família está desapontada comigo. SIM NÃO
- 49 Tenho uma cara agradável. SIM NÃO
- 50 Quando for maior, vou ser uma pessoa importante. SIM NÃO

51 Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de, participar. SIM NÃO

52 Esqueço o que aprendo. SIM NÃO

53 Dou-me bem com os outros. SIM NÃO

54 Sou popular entre as raparigas. SIM NÃO

55 (gosto de ler) Sou bom leitor SIM NÃO

56 Tenho medo muitas vezes. SIM NÃO

57 Sou diferente das outras pessoas. SIM NÃO

58 Penso em coisas más. SIM NÃO

59 Choro facilmente. SIM NÃO

60 Sou uma boa pessoa. SIM NÃO