



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Depressão e Satisfação de vida em Crianças e Adolescentes Institucionalizados e Não-Institucionalizados: Estudo comparativo.

Diana Isabel Baltazar Martins

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia

Covilhã, outubro de 2012

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor Luis Maia apresentado à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o 9463.

Dedico este trabalho
a todas as crianças e jovens que contribuíram
para a amostra da presente investigação!

Agradecimentos

Mais uma etapa deste longo percurso académico está a terminar! Todos os ganhos foram conseguidos com o apoio de todos aqueles que me envolvem e que tanto contribuíram para o sucesso na vida e ao longo desta etapa. Assim, aqui, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos a todos os que me permitiram crescer a nível pessoal e académico.

Ao Professor Doutor Luis Maia, agradeço pela orientação meticulosa e construtiva, pelas aprendizagens proporcionadas, pela disponibilidade de todos os momentos. Um bem-haja por todo o Apoio e Motivação dado ao longo deste trabalhoso ano. Admiro-o por ser aquilo que é, por lutar por causas que os outros acham perdidas. Continue e vencerá. Guardo-o no meu coração como alguém inspirador, uma referência, quer ao nível pessoal quer ao nível académico.

Aos 59 participantes que se disponibilizaram a participar neste estudo, o meu sincero obrigado, sem vós não teria conseguido. Um especial agradecimento ao Dr. César Fatela, presidente da direcção do Abrigo de S.José e à Dra Regina da Casa do Menino Jesus, pelo consentimento da recolha de dados junto das crianças, bem como pela autorização para a aplicação presencial dos instrumentos nas respectivas instituições. Agradeço, ainda, à Dra. Paula Simões pela disponibilidade imediata e ajuda prestada.

À minha família, pai, mãe, irmã e sobrinhas agradeço por tudo.

A ti Pai, agradeço o carinho, o apoio e estímulo, as palavras de força e confiança em mais uma esta etapa da minha vida. Como em todos os momentos, estives-te presente. Mãe, a ti agradeço o dom da vida, por seres mãe, amiga, companheira, mulher de trabalho e coragem. Agradeço a compreensão, pelo apoio, a paciência comigo. Desculpa pelas ausências, por não estar presente quando precisavas. Obrigada por tudo, hoje sou aquilo que me ensinas-te ser.

Manuela, muitas conversas, muitos desabafos ao telefone enquanto estava longe. Muita preocupação comigo, mas no fim tudo correu bem, e aqui estou eu a tornar-me numa pequena, grande mulher, ultrapassando os obstáculos e vencendo. Agradeço-te pela motivação, apoio e conselhos de irmã.

Marianita, às vezes deixas a madrinha desorientada. Mas sabes o quanto gosto de ti. Desculpa por não estar aí quando precisas-te de mim. És a minha garota, obrigada pelos mimos e compreensão.

À minha Nono, perdoa-me pelas falhas, nos momentos em que tanto chamaste a tia, e eu não estava. Deste-me força para continuar em todos os momentos, mesmo nos de fraqueza. Obrigada pela compreensão, ternura, beijinhos e brincadeiras.

A ti Hugo, agradeço pelo amor, compreensão, paciência, muita paciência, apoio, motivação, protecção que me deste neste difícil ano e ao longo destes anos. O companheirismo, as palavras de força nos momentos em que o nervosismo e ansiedade tomavam conta de mim, nunca me falhas-te, estives-te sempre ali, ao meu lado. Desculpa

pelas ausências e pela má disposição. Sei que não fui fácil ao longo deste tempo. Mas contigo...CONSEGUI.

A todos os docentes do Departamento de Psicologia e Educação da UBI, um sentido agradecimento pelos conhecimentos transmitidos ao longo deste ano.

A todos os amigos, obrigada pela motivação e ajuda, pelas palavras de entusiasmo e carinho, pelos momentos em que choramos e pelos em que rimos juntos, ao longo deste percurso. Desculpem pelas ausências nos dias de festa. Mas no fim o esforço compensa.

A toda a família, agradeço a compreensão e apoio prestado, perdão pelas faltas nos momentos importantes para todos nós.

Parece que sim, é mesmo verdade depois de tanto tempo, de tanto empenho, mais fase da minha vida concluída. Mais uma vez, os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que acreditaram eu mim e me ajudaram a ser aquilo que sou hoje. A persistência e exigência que me caracteriza, acompanhar-me-á em tudo o que de agora em diante virá, lutarei para ser melhor a cada dia, respeitando e agradecendo a todos aqueles que comigo se cruzam, seguindo sempre em frente.

Um Bem-Haja a todos vós, sem vós não teria conseguido!! São a minha vida...

Resumo

Esta investigação tem como objectivo primordial o estudo da manifestação de sintomas depressivos e satisfação de vida em crianças institucionalizadas e não-institucionalizadas, valorizando aspectos da vida geral dos sujeitos, idade (11-13, 14-17), género (Masculino e Feminino) e local de residência (institucionalização e não-institucionalização).

O estudo consistiu na aplicação do Inventário de Depressão para Crianças (CDI), uma Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças (EM SVC), o Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR) e por fim, Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL). No que diz respeito, à amostra contou com 59 crianças e adolescentes, 31 do género masculino e 28 do género feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos. Destas 59 crianças, 29 encontravam-se institucionalizadas e 30 não-institucionalizados.

Constatou-se, através da análise dos dados, que existiram diferenças estatisticamente significativas no CDI segundo as variáveis género e local de residência. Quanto à EM SVC não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao género, idade e local de residência. Já, de acordo com os resultados obtidos pela análise do CBCL e YSR, verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação as pontuações totais, em relação à variável género e local de residência. No geral, conclui-se que a população em estudo apresenta na sua maioria ausência de perturbação depressiva, revelando ainda boa satisfação de vida.

Palavras-chave

Depressão, Satisfação de Vida, CDI, EM SVC, YSR, CBCL, Institucionalização

Abstract

This research aims to study the primordial manifestation of depressive symptoms and life satisfaction in children institutionalized and non-institutionalized, valuing aspects of life of those involved, age (11-13, 14-17), gender (Male and Female) and place of residence (institutionalization and non-institutionalization).

The study consisted of applying the Child Depression Inventory (CDI), a Multidimensional Scale of Life Satisfaction for Children (EMSVC), the Youth Self-Report (YSR) and finally, the Child Behavior Checklist (CBCL). As regards, the sample consisted of 59 children and adolescents, 31 of the males and 28 females, aged between 11 and 17 years. Of these 59 children, 29 were institutionalized and 30 non institutionalized. It was found through analysis of the data, that there were statistically significant differences in CDI according to the variables gender and place of residence. As for EMSVC there were no statistically significant differences with regard to gender, age and place of residence. Now, according to the results obtained by analysis of CBCL and YSR, statistically significant differences regarding the total scores with respect to gender and place of residence. Overall, it is concluded that the study population has mostly absence of depressive disorder, revealing still good life satisfaction.

Keywords

Depression, Life satisfaction, CDI, EMSVC, YSR, CBCL, institutionalization

Índice

Agradecimentos	Vii
Resumo	X
Abstract	xii
Índice	Xiv
Lista de Tabelas	Xvii
Lista de Acrónimos	Xxii
Capítulo I. Introdução	1
Capítulo II. Enquadramento Teórico	3
2.1. Institucionalização em Portugal	3
2.1.1. Processo de Acolhimento Institucional	4
2.2. Conceito de Depressão	6
2.2.1. Depressão em crianças e jovens	7
2.3. Satisfação de Vida e Institucionalização	12
2.4. Pertinência do Estudo	14
Capítulo III. Metodologia	17
Introdução	17
3.1. Método	18
3.1.1. Objetivos, hipóteses e tipo de estudo	18
3.1.2. Participantes	18
3.1.3. Enquadramento institucional	21
3.1.4. Instrumentos	22
3.2. Procedimento	29
3.2.1. Procedimentos de Recolha dos dados	29
Considerações Éticas	30
Capítulo IV. Resultados	31
Introdução	31
4.1. Análise Descritiva dos Instrumentos	31
4.1.1. Questionário de Auto-avaliação para crianças	31
4.1.2. Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL)	35
4.1.3. Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças (EMSVC)	37
4.1.4. Inventário de Depressão em Crianças (CDI)	40
4.2. Fiabilidade dos Instrumentos	41
4.3. Análise estatística	42
4.3.1. Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças (EMSVC)	42
4.3.2. Inventário de Depressão para crianças	44
4.3.3. Questionário de Auto-avaliação para crianças (YSR)	47
4.3.4. Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL)	53
Capítulo V. Discussão dos Resultados	61

Críticas ao estudo e Limitações	68
Propostas Futuras	68
Conclusão	70
Referências Bibliográficas	71
Anexos	78
9	

Lista de Tabelas

Tabela 1	Estatística descritiva da amostra segundo o Género e idade	Pág. 18
Tabela 2	Estatística descritiva da amostra segundo os dois grupos de idades	Pág. 19
Tabela 3	Estatística descritiva da amostra segundo o Género e o Local de Residência	Pág. 19
Tabela 4	Estatística descritiva da amostra segundo o Local de Residência e as habilitações	Pág. 20
Tabela 5	Estatística descritiva da amostra segundo a origem do acolhimento	Pág. 20
Tabela 6	Estatística descritiva da amostra segundo o tempo de institucionalização	Pág. 21
Tabela 7	Estatística descritiva do Questionário de Auto-Avaliação (YSR) para Crianças por escalas	Pág. 32
Tabela 8	Estatística descritiva das pontuações nas Sub-escalas YSR segundo os níveis de Idade	Pág. 33
Tabela 9	Estatística descritivas das pontuações nas Sub-escalas YSR segundo o género	Pág. 34
Tabela 10	Estatística descritiva das pontuações nas Sub-escalas YSR segundo o Local de residência	Pág. 34
Tabela 11	Estatística descritiva do Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL) para Crianças por Sub-escalas	Pág. 35
Tabela 12	Estatística descritiva das pontuações nas Sub-escalas CBCL segundo a idade	Pág. 36
Tabela 13	Estatística descritiva das pontuações nas Sub-escalas CBCL segundo a Género	Pág. 36

Tabela 14	Estatística descritiva das pontuações nas Sub-escalas CBCL segundo a Local de Residência	Pág. 37
Tabela 15	Estatística descritiva da EMSVC por sub-escalas	Pág. 38
Tabela 16	Estatística descritiva das pontuações nas sub-escalas do EMSVC segundo os níveis de idade	Pág. 38
Tabela 17	Estatística descritiva das pontuações das sub-escalas da EMSVC segundo o Género	Pág. 39
Tabela 18	Estatística descritiva das pontuações das sub-escalas da EMSVC segundo os locais de residência	Pág. 40
Tabela 19	Estatística descritiva da amostra segundo a nota global do CDI	Pág. 40
Tabela 20	Estatística descritiva da amostra segundo as dimensões do CDI	Pág. 41
Tabela 21	Estatística descritiva e valores de Alpha de Cronbach dos instrumentos CDI, YSR e CBCL	Pág. 41
Tabela 22	Estatística descritiva e valores de Alpha de Cronbach dos instrumentos para EMSVC	Pág. 42
Tabela 23	Diferenças de médias, t-Student entre a EMSVC e a variável Género (Masculino e Feminino)	Pág. 43
Tabela 24	Diferenças de médias, t-Student entre a EMSVC e a variável Idade Categorizada	Pág. 43
Tabela 25	Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a EMSVC segundo o local de residência	Pág. 43
Tabela 26	Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a CDI segundo o género	Pág. 44
Tabela 27	Tabela de contingência do CDI segundo o Género	Pág. 45

Tabela 28	Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a CDI segundo o idade	Pág. 46
Tabela 29	Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a CDI segundo o local de residência	Pág. 46
Tabela 30	Tabela de contingência do CDI segundo o Local de Residência	Pág. 47
Tabela 31	Diferenças de médias, t-Student entre a as sub-escalas YSR e a variável Género (Masculino e Feminino)	Pág. 48
Tabela 32	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para sub-escala YSR e Género	Pág. 49
Tabela 33	Diferenças de médias, t-Student entre a YSR e a variável Género	Pág. 49
Tabela 34	Diferenças de médias, t-Student entre as sub-escalas YSR e a variável Idade	Pág. 50
Tabela 35	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para sub-escala YSR e Idade	Pág. 50
Tabela 36	Diferenças de médias, t-Student entre a YSR e a variável idade	Pág. 51
Tabela 37	Diferenças de médias, t-Student entre as sub-escalas YSR e a variável Local de Residência	Pág. 52
Tabela 38	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para sub-escala YSR e Local de residência	Pág.52
Tabela 39	Diferenças de médias, t-Student entre a YSR e a variável Local de Residência	Pág.53
Tabela 40	Diferenças de médias, t-Student entre as sub-escalas CBCL e a variável idade	Pág.54
Tabela 41	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para sub-escala CBCL e Idade	Pág.54
Tabela 42	Diferenças de médias, t-Student entre a CBCL e a variável idade	Pág.55

Tabela 43	Diferenças de médias, t-Student entre as sub-escalas CBCL e a variável Género	Pág.56
Tabela 44	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para sub-escala CBCL e Género	Pág.56
Tabela 45	Diferenças de médias, t-Student entre a CBCL e a variável género	Pág.57
Tabela 46	Diferenças de médias, t-Student entre as sub-escalas CBCL e a variável Local de Residência	Pág.57
Tabela 47	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para sub-escala CBCL e Local de residência	Pág.58
Tabela 48	Diferenças de médias, t-Student entre a CBCL e a variável Local de Residência	Pág.59

Lista de Acrónimos

ASEBA	Modelo Multiaxial de Achenbach
BES	Bem-estar subjectivo
CBCL	Child Behavior Checklist
CDI	Inventário de depressão para crianças
EMSVC	Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para
ISS	Instituto de Segurança Social (ISS)
LPCJ	Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco
OMS	Organização Mundial de Saúde
TRF	Teacher Report Form
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
YSR	Youth Self-Report

Capítulo I. Introdução

O número de crianças em situação de risco, por negligência, maus tratos, abandono, outros outros, é considerada uma problemática que merece uma atenção especial. Isto deve-se à grande dimensão do fenómeno e à gravidade no que diz respeito às possíveis consequências psicológicas, sociais e até comunitárias que acarreta (Machado, 1996, *cit. in* Magalhães, 2012).

Nos dias de hoje, são conhecidos todos os dias casos de crianças em risco, o que se traduz na necessidade de agir adequadamente de modo a diagnosticar, tratar e prevenir. Face a esta panorâmica, uma das soluções adotadas hoje em dia para enfrentar essas situações de risco passa pela institucionalização dessas crianças.

A institucionalização é considerada uma das respostas da nossa sociedade como medida de proteção perante as crianças em risco, procurando acolhe-las e orientá-las de modo a proporcionar um futuro melhor para a crianças (Siqueira, Betts & Dell' Aglio, 2006).

Sabe-se que estas crianças têm, muitas vezes, uma infância marcada por violência emocional e/ou física, privações, défice nos cuidados parentais prestados, que sofreram separações, apresentam maiores dificuldades no seu desenvolvimento (Scannapieco, 2005, *cit. in* Magalhães, 2012).

Apesar da institucionalização procurar proteger a criança e proporcionar-lhe condições de desenvolvimento e bem-estar melhores, por vezes pode influenciar negativamente o seu desenvolvimento. Isto é, e de acordo com MacLean (2003), a institucionalização poderá ter um impacto negativo ao nível intelectual, físico, comportamental e sócio-emocional.

Neste contexto, a depressão tem sido, nos dias de hoje uma temática alvo de investigação em crianças institucionalizadas, uma vez que alguns autores consideram essa institucionalização como um potencial fator de risco (Merikangas & Angst, 1995; Dell'Aglio & Hutz, 2004). Marques (2006, *cit. in* Pinhel, Torres & Maia, 2009) concluiu que as crianças institucionalizadas que foram vítimas de maus-tratos apresentam uma maior tendência depressiva quando comparadas com as crianças que vivem em meio familiar e que não foram vítimas de maus-tratos.

Tendo em conta este ponto de vista, procurou-se então realizar uma investigação que permitisse perceber a relação existente entre a institucionalização e a manifestação de sintomas de depressivos. Para tal, pretende-se avaliar crianças dos 11 aos 17 anos de ambos os sexos, institucionalizadas, comparando-as a um grupo de controlo, constituído por crianças que residem em contexto familiar.

Assim, a partir desta questão inicial, foram definidos alguns objetivos específicos que procuram analisar influência de algumas variáveis nos níveis de depressão (sintomas depressivos) detetados nessas crianças (sexo, idade, local de residência). Procurou-se ainda

perceber o nível satisfação de vida das crianças institucionalizadas comparativamente às não institucionalizadas tendo em conta todo o seu processo desenvolvimental.

A presente dissertação está, então, delimitada em duas componentes estruturais: a primeira parte correspondente ao enquadramento teórico, e a segunda constituída pelo estudo empírico desenvolvido.

Assim, a primeira parte, que respeita ao enquadramento teórico, está subdividida em três secções, respeitantes a: Institucionalização em Portugal, o Conceito de Depressão, Satisfação de vida e Institucionalização.

A segunda parte da presente investigação, centra-se no estudo empírico realizado, focando o método utilizado (participantes, enquadramento institucional, instrumentos utilizados, procedimento e considerações éticas), por fim, são apresentados os resultados obtidos, a discussão dos mesmos e as conclusões da investigação.

Capítulo II. Enquadramento Teórico

2.1. Institucionalização em Portugal

A institucionalização de crianças e jovens representa um enorme desafio para elas próprias, e ainda para os que a rodeiam, uma vez que estabelece ruturas, distâncias, isolamentos, a mudança e o confronto com o desconhecido. No entanto, pode permitir à criança, contacto com uma nova realidade, estilos de vida familiar diferentes, permitindo a criação de novas relações com grande poder emocional e afetivo (Triseliotis, Sellick & Short, 1995; Gimeno, 2001, *cit. in* Delgado, 2010).

Assim, a problemática da institucionalização na infância e na adolescência revela-se um tema de bastante interesse na atualidade. Em Portugal, estima-se que o total de crianças e jovens institucionalizados tem vindo a decrescer ao longo dos anos.

Assim, e de acordo com o Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2011, realizado pelo Instituto de Segurança Social (ISS) de Portugal entre os meses de outubro de 2011 e fevereiro de 2012, 2.634 das 11.572 crianças e jovens das que se encontravam em situação de acolhimento saíram do sistema em 2011, o que representa um decréscimo de saídas de 8,8% face a 2010 (2.889) (ISS, 2012).

Encontravam-se, então, efetivamente em situação de acolhimento, no ano de 2011, 8.938 crianças ou jovens entre os 0 e os 21 anos, isto é menos 198 do que as crianças acolhidas em 2010 (9.136), o que representa um decréscimo de cerca de 2,2% face aos acolhimentos registados nesse ano. Destas crianças e jovens, 2.112 iniciaram o acolhimento em 2011, mais 167 acolhimentos que em 2010 (1.945), o que representa um aumento de entradas de 8,6% no sistema de acolhimento, no ano em referência (Instituto de Segurança Social, 2012).

Em 2011, é ainda de destacar que o número de entradas no sistema de acolhimento (2.112) foi inferior ao número de crianças e jovens que saíram deste sistema (2.634). Todavia, em 2011, esbateu-se, a ligeira tendência de predomínio do género feminino no universo das crianças e jovens em situação de acolhimento registada em anos anteriores, verificando-se neste ano um ligeiro predomínio do sexo masculino 4.486 rapazes (51%) e 4.452 raparigas (49%) (ISS, 2012).

Apesar de se verificar um decréscimo no número de crianças acolhidas ao longo dos anos, muitos investigadores mostram-se interessados em estudar esta população específica, a fim de conhecer o seu desenvolvimento. Temáticas como manifestação de sintomas depressivos, desempenho escolar e desenvolvimento cognitivo têm-se revelado alvo de pesquisa em crianças e adolescentes institucionalizados. Outros estudos têm revelado que crianças com uma vida difícil ou que sofreram com problemas nas relações parentais podem apresentar dificuldades de adaptação e de aproveitamento escolar (Ferreira & Marturano, 2002; Dell'Aglio & Hutz, 2004).

2.1.1. Processo de Acolhimento Institucional

Segundo o artigo nº 49 da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (LPCJ, p. 6123), *A medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral* (Diário da República, 1999).

Deste modo, a institucionalização tem emergido como uma medida alternativa de prestação de cuidados em percursos de vida caracterizados por diversas situações adversas, como violência doméstica, alcoolismo, doença mental dos pais, pobreza, abandono, negligência, abuso sexual, exercício abusivo da autoridade parental, maus-tratos, comportamentos desviantes e/ou aditivos (Siqueira, Betts & Dell' Aglio, 2006; Pereira, Soares, Dias, Silva, Marques & Batista, 2010). Muitas das crianças e adolescentes institucionalizados são provenientes de famílias numerosas o que em situações de risco poderá influenciar o desenvolvimento de conflitos, como a competição por necessidades básicas e de afeto parental (Yune & Szymanski, 2001, Marteleto, 2002, *cit. in* Abaid, Dell'Aglio & Koller, 2009).

A instituição de acolhimento, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) citado por Abaid, Dell 'Aglio e Koller (2009), deve ser considerada uma medida protectiva, excecional e provisória que procura inicialmente retirar a criança ou adolescente de alguma situação de risco em que se encontra, com o objetivo de promover a proteção e garantia dos seus direitos.

Alguns autores defendem que este acolhimento deveria ser temporário e sujeito a uma avaliação contínua, até se verificarem melhorias nas condições destinadas às crianças e adolescentes. Esta avaliação contínua tem como objetivo, ponderar, posteriormente o regresso da criança à sua família de origem ou extensa, ou sempre que este não seja possível adotar outras soluções, não institucionais, como a adoção, a integração numa família de acolhimento, ou caso se trate de um jovem, apoiá-lo no início da sua vida independente (Alves, 2007, *cit. in* Santos, 2009; Abaid, Dell'Aglio & Koller, 2009).

Assim, uma instituição tem a função de proporcionar atenção às diferentes necessidades da criança e ou adolescente, como pessoa em desenvolvimento. As crianças aquando da sua entrada nas instituições de acolhimento passam a ver as pessoas com as quais convivem como as suas redes de apoio social e afetivo, possibilitando o estabelecimento de novas relações. Neste contexto, as crianças realizam um grande número de atividades, desempenham papéis e funções e interagem entre si, permitindo a longo prazo o desenvolvimento de relações recíprocas, de equilíbrio de poder e de afeto estável (Yunes, Miranda, & Cuello, 2004, Bronfenbrenner, 1996, *cit. in* Siqueira, Betts & Dell' Aglio, 2006).

Estas instituições podem então proporcionar, e na perspectiva de Arpini (2003, *cit. in* Siqueira, Betts & Dell' Aglio, 2006) um espaço seguro e protetor, acolhendo e orientando as crianças quando provavelmente não existiria mais ninguém a quem recorrerem. No entanto, a institucionalização, mesmo que temporária, durante a infância e a adolescência, está muitas vezes associada à rutura de vínculos e a situações de violência.

Em qualquer idade, o processo de institucionalização é descrito como uma experiência humana difícil sob vários aspetos e provoca por vezes bastantes dificuldades de adaptação. Este movimento no espaço ecológico da criança, chamado de transição ecológica por Bronfenbrenner do ambiente familiar para a instituição, provoca, assim, bastantes mudanças na vida e na rede de apoio social e afetivo da crianças (1979/1996 *cit. in* Siqueira, Betts & Dell' Aglio, 2006).

No entanto, nos primeiros anos de vida, a institucionalização pode acarretar graves sequelas emocionais e sócio-afetivas, uma vez que a criança é retirada do seu meio natural. Isto é, a criança é como que levada a conviver de modo intenso com pessoas e situações estranhas, sendo muitas vezes privada de atenção exclusiva e atendimento individualizado (Cavalcante, Magalhães & Pontes, 2009).

Apesar da variabilidade, existem alguns fatores que são geralmente comuns entre as instituições, como isolamento, relações desfavoráveis entre a criança e o cuidador, falta de investimento psicológico pelos cuidadores e estimulação limitada (Zeanah, Nelson, Fox, Smyke, Marshall, Parker & Koga, 2003). Assim, diversos estudos focalizados nesta temática permitiram considerar alguma evidência empírica relativamente ao impacto do acolhimento de crianças no desenvolvimento da infância, relatando que a experiência disruptiva nos cuidados e a vivência institucional estão relacionados com resultados desenvolvimentais negativos posteriores (Nelson, Zeanah, Fox, Marshall, Smyke & Guthrie, 2007).

A institucionalização de crianças e adolescentes tem sido, então, considerada muitas vezes como um evento stressor que, conseqüentemente, poderá representar um possível fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, de dificuldades de comportamento e de personalidade (Merikangas & Angst, 1995; Dell'Aglio & Hutz, 2004; Kim & Cicchetti, 2006).

Segundo MacLean (2003), sabe-se que há mais de 50 anos que crianças criadas em instituições apresentam maior risco de manifestar atrasos no desenvolvimento e distúrbios, incluindo distúrbios de saúde mental. Crianças pequenas institucionalizadas têm revelado, também, défices de atenção, hiperatividade, dificuldades de regulação das emoções, níveis elevados de ansiedade e aumento de distúrbios nas relações interpessoais (Bos, Zeanah, Fox, Drury, McLaughlin & Nelson, 2011). Já, Zeanah (2000), verificou que as crianças criadas em instituições apresentam maior risco de desenvolver problemas de ordem social e comportamental, incluindo distúrbios de apego.

A manifestação da depressão pode ter também, como consequência um fraco rendimento escolar, relacionado com a falta de interesse e motivação da criança em

participar nas atividades escolares, bem como com a tendência para se autodesvalorizar (Brumback et al. 1980, *cit. in* Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

Num estudo realizado por Wathier e Dell'Aglio (2007) com 257 crianças e adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados com idades compreendidas entre os 7 e os 16, relativo à manifestação de sintomas depressivos e a frequência e o impacto de eventos stressores, verificou-se que quanto ao género, quando separados por grupo, as raparigas institucionalizadas obtiveram pontuações mais elevadas do que as que moravam com a família. Os dados obtidos apontaram, ainda, que as crianças e adolescentes institucionalizados apresentaram uma média mais elevada relativamente à depressão do que o outro grupo. No entanto, neste estudo não se obtiveram diferenças entre as médias relativas ao constructo da depressão nem por género, nem por faixa etária dentro de cada contexto (institucional ou familiar).

Também Smyke, Dumitrescu & Zeanah (2002), realizaram um estudo com três grupos distintos de crianças, um que vivia numa grande instituição em Bucareste com tratamento padrão, outro grupo que vive na mesma instituição mas com tratamento diferente projectada para reduzir o número de adultos que cuidam de cada criança, e por último um grupo de crianças que viviam em contexto familiar, nunca institucionalizados. O estudo foi realizado com recurso a entrevistas semi-estruturadas com os cuidadores. Neste estudo, verificou-se que 25% das crianças institucionalizadas relatavam níveis de comportamento agressivo classificado como grave. Aproximadamente, 60% de ambos os grupos de crianças institucionalizadas foram descritos como não exibindo qualquer evidência de agressão. Em contraste, as mães de crianças nunca institucionalizadas relataram que 27% das suas crianças não mostraram nenhuma evidência de comportamento agressivo, sendo que 73% apresentava níveis moderados de comportamento agressivo (Zeanah, Smyke & Dumitrescu, 2002).

Num outro estudo, com crianças institucionalizadas procurou-se perceber a influência do local de residência na intensidade de depressão dessas crianças, comparativamente com crianças não-institucionalizadas (grupo de controlo). Assim, os resultados mostraram que as crianças que vivem em contexto institucional apresentavam índices depressivos superiores às crianças do grupo de controlo. Neste estudo, foram ainda verificadas diferenças na intensidade da depressão em função da variável género (Magalhães, 2012).

2.2. Conceito de Depressão

De acordo com informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2020, a depressão será das doenças com maior prevalência na população em geral (McKendree-Smith, Floyd, & Scogin, 2003, *cit. in* Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004). A depressão pode considerar-se uma alteração do humor, um distúrbio afetivo caracterizado por uma tristeza mórbida ou melancolia que pode variar em profundidade e que deve ser diferenciada do luto, sendo real e proporcional ao que foi perdido (APA, 2002). Isto é, os sentimentos depressivos podem ser caracterizados como respostas normais a situações stressantes, sendo apenas

considerados psicopatológicos quando se estendem demasiadamente ou quando são desproporcionais ao evento causador (Heim & Nemeroff, 2001).

Para Lafer e Amaral (2000, *cit. in* Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008), a depressão é uma sensação inalterável e durável, na qual a pessoa sente-se sem valor, o mundo não tem significado e não há esperança para o futuro. Outros autores consideram a depressão como um estado reduzido do funcionamento psicológico e mental, associado frequentemente a sentimentos de infelicidade (Stratton e Hayes, 1998 *cit. in* Argerami-Camon, 2001).

Por sua vez, Compas, Ey e Grant (1993) e Steinberg (1993) citados por Giacomoni e Hutz (2004), consideram a depressão como um distúrbio influenciado por variáveis biológicas, psicológicas e sociais. A depressão manifesta-se então, segundo os autores citados, por meio de sintomas emocionais (como desânimo, baixa autoestima e anedonia); sintomas de natureza cognitiva (como pessimismo e desesperança); sintomas motivacionais (como apatia e aborrecimento); e por fim, por meio de sintomas físicos (tais como perda de apetite, dificuldades para dormir e perda de energia).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais(DSM-IV), os sintomas básicos de um episódio depressivo major são: Humor deprimido ou irritável; Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos; Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento de apetite; Insônia ou hipersônia; Agitação ou retardo psicomotor; Fadiga ou perda de energia; Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão; e por fim Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida, tentativa ou plano suicida (APA, 2002).

Para ser considerado um episódio de depressão *major*, revela-se necessário que estejam presentes cinco ou mais dos sintomas acima referidos, durante um período de duas semanas, e que se verifique pelo menos um dos sintomas humor, depressivo ou perda de prazer ou do interesse (Hagen, 1999; APA, 2002; Cruz, Simes & Faisal-Cury, 2005 *cit. in* Mattar et al, 2007).

Na população em geral a prevalência deste distúrbio varia entre os 4% a 10%, tendo uma maior incidência em mulheres, variando entre os 10% a 25%, e de 5% a 12% nos homens (APA, 2002).

2.2.1. Depressão em crianças e jovens

Até à década de 1960, a depressão era considerada apenas uma problemática que atingia os adultos, chegando mesmo a pensar-se que esta não existia ou então seria muito rara em crianças e adolescentes, pois acreditava-se que as crianças não tinham as estruturas psicológicas e cognitivas maduras necessárias para enfrentar esses problemas (Son & Kirchner, 2000; Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

Somente a partir do ano de 1975, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA, reconheceu a existência da depressão em crianças e adolescentes, o que originou, deste modo, um grande avanço no desenvolvimento de entrevistas diagnósticas estruturadas, semiestruturadas e escalas de avaliação (Bahls, 2002a; Coutinho, 2005, *cit. in* Coutinho,

Carolino & Medeiros, 2008). Assim, foi por meio de um estudo do Kovács e Beck (1977), que a depressão infantojuvenil passou a ser considerada de facto um síndrome independente da observada na fase adulta, estabelecendo-se a partir daí, critérios de diagnóstico clínico, biológico e psicossocial (Barros, Coutinho, Araújo & Castanha, 2006).

A depressão é, então, uma doença debilitante e recorrente, que envolve um alto grau de morbidade e mortalidade e que pode interferir no crescimento e desenvolvimento normais, no desempenho académico e as relações interpessoais, constituindo um importante fator de risco para o suicídio (Prager, 2009).

Assim, a deteção precoce de sintomas depressivos em crianças ou adolescentes pode evitar que o desenvolvimento de quadros e patologias mais graves, evitar danos neuronais e psicossociais com prejuízos no convívio social, no ambiente escolar e familiar (Emslie, Heiligenstein, Hoog, Wagner, Findling & McCracken, 2004; Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008). Muitas vezes esta deteção é dificultada, pois nem a família nem os professores conseguem reconhecer e identificar corretamente os sintomas de depressão, o que por vezes acaba por interferir na rápida e eficaz orientação e tratamento das crianças e adolescentes (Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

Neste sentido, e nos dias de hoje, apesar da difícil deteção, a depressão em crianças e adolescentes dada a sua elevada e crescente prevalência tem sido, também, um conceito bastante investigado, uma vez que afeta os diversos campos da vida dos jovens, provocando danos psicossociais significativos (Bahls, 2002a; Reppold & Hutz, 2003). Diversos estudos têm verificado, então, a existência de distintas particularidades da sintomatologia da depressão em crianças e adolescentes, de acordo com a abordagem clínica da depressão (Steinberg, 1999; Bahls, 1999; Kessler, Avenevoli & Merikangas, 2001). Assim, destacam-se estudos que investigam a depressão em jovens que vivenciaram eventos stressores, como abandono, mudanças de vida, violência e perdas (Dell'Aglio, Borges & Santos, 2004).

Sintomatologia Depressiva em crianças

De acordo com o DSM-IV, os sintomas característicos de um episódio depressivo major são os mesmos em adultos, adolescentes e crianças. No entanto, existem dados que sugerem que a predominância de sintomas característicos pode modificar-se com a idade, sendo que são mais comuns em crianças sintomas como queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social e menos comuns em crianças, retardo psicomotor, hipersonia e delírios (APA, 2002; Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

No entanto, de acordo com Pinar e Dilşad (2004), o diagnóstico de depressão em crianças e adolescentes apresenta algumas características clínicas diferenciadas comparativamente com os adultos. Isto, pode dever-se ao facto, de que as crianças e adolescentes não procuram ajuda para os seus problemas emocionais, que acabam por não ser detetados eficazmente pelos pais e professores. Pode, ainda, dever-se a algumas variações devido à idade e fases de desenvolvimento em que a pessoa se encontra (Cruvinel & Boruchovitch, 2004; World Health Organization, 2005).

A depressão em crianças e em adolescentes refere-se, então e segundo Josephson (2007), a uma mudança de humor duradoura com mudanças associadas a aspetos importantes do funcionamento diário, tais como atenção, apetite e sono. Esta pode caracterizar-se inicialmente, por anedonia (perda de interesse pelas atividades que normalmente seriam atrativas), que se manifesta como uma espécie de mau humor constante perante brincadeiras, jogos e desportos, pobre relacionamento com seus pares e baixa autoestima, descrevendo-se como estúpidas, bobas ou impopulares também podem estar presentes (Abaid, 2008).

Assim, em crianças em idade escolar (pré-púberes e púberes), até à adolescência, o humor depressivo pode já ser verbalizado e é muitas vezes relatado como tristeza, irritabilidade ou tédio (Bahls, 2002a). A depressão, aqui, pode manifestar-se através de problemas de comportamento (desde desafiador opositivo a franca transtorno de conduta), falta de cumprimento de regras, regressão, birras frequentes, alterações do sono (insónias, hipersónias e pesadelos), queixas somáticas (por exemplo, dor de cabeça, dor de estômago, fraqueza muscular), alterações do apetite e do peso, choro fácil, ansiedade de separação, falta de interesse (jogar com os amigos) nas atividades diárias, apatia, fadiga, isolamento, pobre relacionamento com seus pares, perda de confiança e autoestima, declínio ou desempenho escolar fraco, podendo chegar à recusa escolar (Cole, Tram, Martin, Hoffman, Ruiz, Jacquez & Maschman, 2002; Cash, 2004; Kennedy, 2004).

Para além destes, podem ser relatados sintomas como fraca concentração, sintomas psicóticos humor-congruente (alucinações auditivas e menos frequentemente, delírios de culpa e pecado), fobias, desejo de morrer, maior agitação desenvolvimento mais lento (Shafii & Shafii, 1992, *cit. in* Bahls, 2002a; Prager, 2009; Actis, Esperón, Garrán, Suárez, Canales & Quintana, 2010).

Já, em adolescentes com idades a partir de doze anos, os sintomas depressivos são semelhantes aos dos adultos, embora existam algumas características fenomenológicas específicas do transtorno depressivo, nesta etapa da vida. Assim, os adolescentes deprimidos não estão sempre tristes, apresentam-se, nomeadamente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva em seu comportamento (Bahls, 2002a).

Assim, na adolescência, a depressão pode ser caracterizada, por sintomas como flutuações de humor, humor irritado, ataques de fúria, perda de energia, apatia e desinteresse (abandonam interesses e passatempos), retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa, ideias e tentativas suicidas, autoagressão e descuido na sua higiene pessoal (Actis, Esperón, Garrán, Suárez, Canales & Quintana, 2010).

Podem ainda apresentar alterações de apetite (comem pouco ou em demasia) de peso e de sono (insónia ou hipersónia), isolamento (afastam-se dos amigos e da família, baixa autoestima e problemas de concentração na hora de realizarem tarefas. Alguns adolescentes podem revelar, também, comportamentos delinquentes, hostilidade, constante exposição a situações de risco, uso abusivo de álcool e drogas, queixas proeminentes de dor crónica, obesidade e letargia (Kazdin, & Marciano, 1998; Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001;

Dutra, 2002, Lewis & Wolkmar, 1990/1993, *cit. in* Reppold & Hutz, 2003; Cash, 2004; Prager, 2009).

Assim, sendo entre os adolescentes, as raparigas relatam mais sintomas subjetivos, como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva, ansiedade, maior preocupação com popularidade, menos satisfação com a aparência, mais conscienciosidade e menos autoestima. Por outro lado, os rapazes relatam mais sentimentos de desprezo, desafio, demonstrando, muitas vezes problemas de conduta como: faltar às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias (Sadler, 1991, Baron & Campbell, 1993, *cit. in* Bahls, 2002a; Barros, Coutinho, Araújo & Castanha, 2006).

Prevalência, Fatores de Risco e Proteção

Nos dias de hoje, de entre as psicopatologias mais frequentes na infância e adolescência destaca-se a depressão. Existem evidências recentes de que um quadro de Depressão Major, pode manifestar-se na adolescência por volta dos 13 aos 19 anos, sendo que o primeiro episódio tem, geralmente, a duração de cinco a nove meses (Bahls, 2002; Actis, Esperón, Garrán, Suárez, Canales & Quintana, 2010).

Os dados apontam para uma prevalência mais elevada da depressão na adolescência do que na infância, isto é estima-se uma prevalência de depressão de 0,4 a 3,0% das crianças e 3,3 a 12,4% dos adolescentes (Bahls, 2002b). Em idades mais novas verifica-se uma maior prevalência nos rapazes que nas raparigas. Contudo, a partir da puberdade ocorre uma inversão, ou seja a prevalência é maior nas raparigas (1987, *cit. in* Marujo, 1994; Cash, 2004).

A prevalência mais elevada nas raparigas durante a puberdade, deve-se muitas vezes, às alterações nos relacionamentos sociais, podem ter influência numa maior vulnerabilidade por parte das meninas a algum stress psicológico. Assim, é durante a adolescência que a rapariga se sente mais pressionada a adotar estereótipos sexuais, que poderam envolver comportamentos de passividade, dependência e fragilidade, que se veêm como constituintes do papel feminino (Dell'Aglio, 2000).

Já, Steinberg (1999) citado por Dell'Aglio (2000) demonstrou que se verifica uma maior prevalência de desordens internalizantes como é o exemplo da depressão em meninas, e de desordens externalizantes em meninos, como o uso de distração e expressão de sentimentos através de abuso de drogas ou álcool e comportamentos agressivos.

De acordo com Kaplan, Sadock e Greb (1997), a depressão como síndrome ou transtorno tem uma natureza multifatorial, isto é pode ser desencadeada através de fatores sociais, psicológicos e biológicos.

Merikangas e Angst (1995) enumeram um conjunto de fatores de risco, que aumentam a vulnerabilidade e predisposição para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva ao longo do desenvolvimento e fatores de proteção. Assim, algumas características do indivíduo parecem poder contribuir para aumentar o risco de desenvolver uma depressão, como aumento da idade, género feminino, baixo nível sócio-económico e traços de personalidade específicos, mais introspectiva e dependente. Prieto e Tavares (2005) afirmaram, ainda, que

que a vivência de eventos de vida interpretados como stressores pelas crianças têm sido associados à depressão, bem como à tentativa ou ideação suicida.

Assim, alguns fatores ambientais, podem também, influenciar em grande medida, o desenvolvimento deste distúrbio, como a presença de história familiar de depressão, transtornos de ansiedade, conflitos familiares, incerteza em relação à orientação sexual, episódios depressivos anteriores, desempenho acadêmico baixo história de vida da criança ou adolescente com ausência de suporte familiar e social, percepção da falta desse suporte, o número acumulado de mudanças no curso de vida (de endereço, desemprego dos pais, mudanças na estrutura familiar), fim de um relacionamento romântico, dificuldades psicossociais crônicas, perda ou afastamento dos pais irmão ou amigo íntimo ou outros traumas como desastres naturais (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000; Martin & Cohen, 2000; Bahls, 2002; Cash, 2004; Batista, Franco de Lima, Capovilla & Melo, 2006).

Curiosamente, crianças com pais sobreprotetores, excessivamente disponíveis estão também propensas a desenvolver depressão, uma vez que estes pais os impossibilitam de aprender perante um desafio específico resolvendo o problema antes que a criança tivesse oportunidade de o enfrentar sozinha (Josephson, 2007).

Vários estudos tem revelado então que vivências traumáticas durante a infância como perda da vinculação afetiva devido à morte de pais ou irmãos, ou também à privação de um de de ambos os pais seja por separação, divórcio ou abandono estariam associados à depressão na vida adulta (Zavaschi, Satler, Poester, Vargas, Piazenski, Rohde & Eizirik, 2002).

Já de acordo com Steinberg (1999, *cit. in* Dell’Aglío & Hutz, 2004), Batista e colaboradores (2006), a probabilidade de se desenvolver sintomatologia depressiva depende, também, da interação entre stress, perdas e predisposições individuais.

Por outro lado, e segundo Carson e Bittner (1994, *cit. in* Dell’Aglío & Hutz, 2004), experiências stressantes relacionadas com o ambiente escolar, como situações de avaliação, competição, conflitos com parceiros e/ou professores, poderão também influenciar o desenvolvimento de fobias, queixas somáticas e episódios depressivos na infância e adolescência. Para além destes fatores, doenças, uso de medicamentos e abuso de substâncias podem também predispor para a manifestação de sintomas depressivos secundários (Martin & Cohen, 2000; Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen & Laippala, 2001).

Relativamente às diferenças de género e aos fatores subjacentes ao desenvolvimento de sintomas depressivos durante a adolescência, de acordo com Rudolph e Hammen (1999) as raparigas investem mais do que os rapazes nos relacionamentos considerados fontes de apoio emocional e de identidade pessoal, o que permite verificar que o stress interpessoal pode ser considerado como uma ameaça ao seu próprio bem-estar. Assim, sendo as raparigas quando sujeitas a situações de conflitos com os pais e companheiros, sentem níveis de stress interpessoal mais elevados do que os rapazes mostrando-se mais vulneráveis, tendo como reação a essas situações frequentemente respostas depressivas (1999, *cit. in* Siqueira & Dell’Aglío, 2010).

Já, no que diz respeito aos fatores individuais que podem proteger os adolescentes da depressão, realçam-se o bom rendimento escolar (sucesso na vida escolar), envolvimento em atividades extracurriculares, competência social, autopercepção positiva, competência intelectual, relações sociais positivas e apoio social e instrumental percebido e adequados (Merikangas & Angst, 1995).

Já, os contextos de desenvolvimento de crianças e adolescentes seja em contexto institucional ou familiar, são caracterizados pela presença de fatores de risco e de proteção, que poderão constituir ambientes desfavoráveis ou promotores de desenvolvimento. Assim, algumas famílias podem experimentar acontecimentos negativos que podem ser vistos como uma ameaça e não permitirem o estabelecimento de um meio saudável de interações na rede de apoio, originando uma falha no seu papel e no desenvolvimento dos seus membros (Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006; Garcia & Yunes, 2006, *cit. in* Wathier & Dell’Aglío, 2007).

Assim, um contexto familiar caracterizado por trocas afetivas, intimidade e comunicação apropriada, por exemplo, tem sido considerado como um fator fulcral de proteção permitindo que as crianças mantenham uma boa capacidade de adaptação face a mudanças e a experiências stressantes (Herman-Stahl & Petersen, 1996, *cit. in* Reppold & Hutz, 2003; Steinberg, 1999, *cit. in* Dell’Aglío & Hutz, 2004).

2.3. Satisfação de Vida e Institucionalização

A Satisfação de Vida tem sido também um tema bastante investigado entre as crianças e adolescentes afastados da família, como já foi referido anteriormente. Deste modo, para as crianças e adolescentes que vivem em acolhimentos institucionais, as pessoas com quem convivem no seu quotidiano passam a integrar as suas redes de apoio social e afetivo, constituindo a própria instituição o seu ambiente principal (Yunes & cols., 2004, *cit. in* Siqueira & Dell’Aglío, 2010).

Assim, nas instituições, muitas crianças e jovens, ao mesmo tempo que vivenciam sentimentos de sofrimento, tristeza e abandono, decorrentes do afastamento da família, passam também a ter acesso a condições de vida melhores. Deste modo, revela-se essencial e tendo em conta a situação de vulnerabilidade em que as crianças e os adolescentes vivem, investigar o grau de satisfação de vida destas crianças.

Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo (BES) está relacionado com o que as pessoas pensam, avaliam e sentem em relação às suas próprias vidas. Assim, o BES é composto por um componente afetivo que corresponde ao afeto positivo e afeto negativo e um componente cognitivo, a satisfação de vida, que envolve os aspetos racionais e intelectuais (Ryff & Keyes, 1995; Schimmack, Radhakrishnan, Oishi, Dzokoto & Ahadi, 2002).

A Satisfação de Vida como componente do bem-estar subjetivo, está relacionada à avaliação cognitiva global, aos julgamentos que um indivíduo faz sobre sua própria vida,

envolvendo aspetos racionais e intelectuais (Diener, 1994; Giacomoni & Hutz, 2008; Serafini, 2008; Ryff & Keyes, 1995) ou à avaliação sobre domínios específicos da sua vida, como, por exemplo, a família, o trabalho, a vida escolar (Giacomoni & Hutz, 2008).

De acordo com Lucas, Diener e Such (1996), a avaliação que a pessoa faz de si própria engloba aspetos reais da sua vida, tendo em conta os aspetos positivos e negativos, alcançando uma avaliação da satisfação geral de vida. Assim, esta avaliação que a pessoa faz de si mesma é estável ao longo do tempo, sendo ainda independente do estado emocional da pessoa nesse momento de avaliação (Dell’Aglío & Siqueira, 2010).

Parecem existir diversas variáveis que podem influenciar a perceção de felicidade por parte da pessoa, como a idade, escolaridade, características pessoais (autonomia, autoestima, orientação pessoal e social positiva) e da personalidade da pessoa. Deste modo, uma pessoa que tenha autonomia, autoestima, orientação pessoal e social positiva, tende a ser mais otimista perante os eventos vivenciados como potencialmente stressores, atuando estas como fatores protetores (Diener & Diener, 1995, *cit. in* Schimmack et al., 2002).

No entanto, para além das características positivas de cada indivíduo, a rede de suporte familiar (apoio afetivo disponível) e social (sistemas externos de apoio, interações sociais), reforçam a capacidade do indivíduo para lidar com situações adversas (Dell’Aglío & Siqueira, 2010).

Deste modo, em crianças e adolescentes que vivenciam situações de risco, a orientação pessoal e social positiva, rede de apoio social e afetivo, representam fatores de proteção. De acordo com Brito e Koller (1999, *cit. in* Marzol, Bonafé & Yunes, 2012), a rede de apoio social é o conjunto de sistemas de pessoas significativas que compõem as relações estabelecidas e percebidas pelo indivíduo.

Assim, o apoio social e afetivo está relacionado com a perceção que o indivíduo tem em relação ao seu mundo social e com os recursos que esse lhe oferece como proteção e força, perante situações de risco (Brito & Koller, 1999, *cit. in* Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006).

Nos últimos anos, a área da Psicologia, tem-se revelado, então, bastante interessada no estudo do desenvolvimento psicológico saudável nas diferentes etapas do ciclo vital, sendo que apenas recentemente se realizaram estudos com crianças e adolescentes, procurando investigar a sua satisfação com a vida (Ben-Zur, 2003; Hunter & Csikszentmihalyi, 2003; Suldo & Huebner, 2006, *cit. in* Segabinazi, Giacomoni, Dias, Teixeira & Moraes, 2010).

Siqueira, Betts e Dell’Aglío realizaram em 2006, um estudo com 35 adolescentes, com idades compreendidas entre 11 e 16 anos, de ambos os sexos, relativamente à perceção de adolescentes, que moram em instituições, quanto às suas redes de apoio social e afetivo, tendo em vista que se encontram num contexto diferenciado de desenvolvimento. Os resultados obtidos, permitiram verificar que as crianças que viviam em acolhimento apresentaram em maior média de contactos satisfatórios que as crianças que residem em contexto familiar. No que diz respeito, às diferenças de género, as meninas percecionam as

suas relações dentro da instituição como mais satisfatórias que os rapazes, sendo estas diferenças significativas (Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006).

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

Num outro estudo, longitudinal realizado com 1080 crianças e adolescentes, dos 7 aos 16 anos, em situação de vulnerabilidade, que viviam com a família ou em instituições de acolhimento, procurou-se investigar o bem-estar subjetivo e eventos de vida stressantes. Os resultados demonstraram que as crianças que viviam em contexto familiar vivenciavam menos situações stressantes, mais satisfação de vida com a família e com eles próprios, quando comparados aos institucionalizados. Por outro lado, o grupo das crianças institucionalizadas revelaram valores mais satisfatórios em relação à escola e às amizades. Todavia, verificou-se que à medida que o tempo passa, a satisfação com o self e self comparado aumentou, provavelmente devido aos cuidados recebidos na instituição e ao afastamento das situações adversas na família (Polleto, 2011).

2.4. Pertinência do Estudo

A depressão em crianças e adolescentes constitui uma das formas de psicopatologia mais grave e uma preocupação significativa no domínio da saúde mental. Deste modo, desde o início do século XXI, os estudos relacionados com a depressão têm-se caracterizado um dos principais temas de interesse dos pesquisadores relacionados à área da saúde, uma vez que se tem verificado um agravamento da manifestação dos quadros depressivos de acordo com diversos estudos epidemiológicos (Cicchetti, & Toth, 1998; Lima, 1999; *cit. in* Reppold & Hutz, 2003). Assim, identificar os fatores de risco preditores da psicopatologia na infância e adolescência, bem como desenvolver formas eficazes de intervir precocemente nestas situações, têm sido alvo de pesquisadores sobre saúde mental (Dell’Aglío & Hutz, 2004; Masten, 2006).

Os contextos de desenvolvimento das crianças e adolescentes, seja em institucional ou familiar, podem constituir-se fatores de risco para a manifestação de sintomas depressivos. Diversos são os estudos que consideram a institucionalização de crianças e adolescentes como um evento stressor e potenciador do desenvolvimento desses sintomas (Merikangas & Angst, 1995; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Kim & Cicchetti, 2006; Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006; Garcia & Yunes, 2006, *cit. in* Wathier & Dell’Aglío, 2007).

Deste modo, a pertinência deste estudo prende-se ainda com o elevado número de crianças e jovens em situação de acolhimento/institucionalização, bem como com a preocupação relativa às suas características, desenvolvimento global e percepção relativa a si

mesmos, ao acolhimento institucional, à sua visão de família, eventos de vida, envolvimento em brincadeiras lúdicas e percepção de rede de apoio das crianças e adolescentes institucionalizadas (Siqueira & Dell’Aglío, 2010).

Assim, a grande motivação desta investigação passa por perceber qual a influência que os contextos de desenvolvimento da criança tem na manifestação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Deste modo, as possíveis implicações ao nível da prevenção e do tratamento deste distúrbio em crianças e adolescentes constitui-se também uma das principais fontes de motivação desta investigação.

Capítulo III. Metodologia

Introdução

Neste terceiro capítulo será apresentada a metodologia empregue na realização da presente investigação, tudo, incluindo a elaboração dos objetivos, o tipo de estudo, critérios para a seleção da amostra e respetiva caracterização, descrição dos instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e tratamento de dados.

A investigação teve como participantes, crianças institucionalizadas e crianças não-institucionalizadas. Deste modo, recolheu-se uma amostra de conveniência constituída por 59 crianças e adolescentes, tendo a sua participação obedecido a critérios de inclusão e exclusão.

Assim, foram incluídos no estudo crianças e adolescentes que:

- Residem em instituições de acolhimento (29 crianças);
- Residem em contexto familiar (30 crianças);
- Idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos;
- Após serem devidamente esclarecidos relativamente aos objetivos da investigação, concederam o consentimento livre e informado para a sua participação;
- Compreendem as instruções, não revelando qualquer impedimento para o entendimento das questões formuladas.

Como critérios de exclusão do estudo, salienta-se o seguinte:

- Ser portador de qualquer patologia mental do desenvolvimento infantil nem outra perturbação neuro-psíquica que prejudique a fiel, digna e respeitadora recolha de dados junto à criança.

No que concerne às variáveis em estudo é possível enumerar as seguintes:

- Género
- Idade
- Escolaridade (Habilitações)
- Institucionalização
- CDI (Variável depressão)
- CBCL
- YSR
- EMSVC (Variável satisfação de vida)

3.1. Método

3.1.1. Objetivos, hipóteses e tipo de estudo

O objetivo geral desta investigação é escrutinar a manifestação de sintomas depressivos numa população específica, crianças institucionalizadas. Especificamente, este estudo pretende saber se existe relação significativa entre a institucionalização e a manifestação de sintomas depressivos.

Assim, procura-se perceber se existem diferenças nas pontuações relativamente aos constructos, contexto de desenvolvimento (familiar ou institucional), género e idade e a manifestação de sintomas depressivos. O estudo tem ainda como objetivo perceber a relação entre a institucionalização, desenvolvimento global e satisfação de vida. Deste modo, visa, também caracterizar uma população específica, neste caso, crianças institucionalizadas de duas instituições localizadas na região da Beira Baixa (Covilhã e Fundão).

Tendo em conta que este estudo é de carácter exploratório, decidiu-se não se optar pela definição de hipóteses, uma vez que limitaria os resultados e a exploração aberta dos mesmos.

Este estudo trata-se de um estudo transversal, uma vez que a recolha de dados é realizada, a um grupo ou população de indivíduos, num único ponto no tempo. Concretamente, este estudo trata-se de um estudo de caso-controle uma vez que procura avaliar a relação causa-efeito. Nestes casos, a investigação inicia-se com a seleção de um grupo de indivíduos numa condição específica (casos), e um grupo de pessoas que não se englobam nessa condição (controle), neste caso específico, crianças institucionalizadas (casos) e crianças não institucionalizadas (controle).

3.1.2. Participantes

Participaram neste estudo 59 crianças e adolescentes. Destas, 31 (52,5%) da amostra são do sexo masculino e 28 (47,5%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, com uma média de idade de $M = 14,36$ anos e um desvio padrão de $SD=1,9006$ como se pode verificar na tabela 1.

Tabela 1:

Estadística descritiva da amostra segundo o Género e idade

Género	Idade			
	M	DP	Min-Máx	%
Masculino (N=31)	14,06	1,692	11-17	52,5%
Feminino (N=28)	14,68	2,091	11-17	47,5%
Total (N=59)	14,36	1,901	11-17	100%

Com o intuito de diferenciar a idade dos sujeitos, foram criados dois subgrupos de idades, assim, o primeiro grupo, com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos (N=18, 30,5%), e o segundo grupo, com idades compreendidas entre os 14-17 (N= 41, 69,5%) (Tabela 2).

Tabela 2:

Estatística descritiva da amostra segundo os dois grupos de idades

	N	%
11-13	18	30,5
14-17	41	69,5
Total	59	100,0

Da amostra seleccionada e tendo em conta os objetivos do estudo foram agrupadas as crianças em dois grupos tendo em conta a variável Local de Residência, crianças institucionalizadas (casos) e crianças não-institucionalizadas (controles). Assim, e da análise da tabela 3, podemos verificar que das 59 crianças, 29 encontravam-se institucionalizadas (49,2%), sendo que, destas 16 (27,1%) são do género masculino e 13 (22,0%) do género feminino. Já no que diz respeito, à amostra de controle 15 crianças (25,4%) da amostra são do género masculino e 15 crianças (25,4%) da amostra são do género feminino e 13 do sexo masculino e 30 não-institucionalizados (50,8%) (controles), 15 de cada sexo.

As crianças e jovens institucionalizados estavam acolhidas em Instituições Particulares de Solidariedade Social, Casa do Menino Jesus (Covilhã) e Abrigo de S. José (Fundão). Já, no que diz respeito, às crianças não institucionalizadas a amostra foi recolhida aleatoriamente numa escola que se mostrou disponível a colaborar, bem como porta-a-porta a crianças que se apresentavam as características referidas como indispensáveis para a inclusão no estudo.

Tabela 3:

Estatística descritiva da amostra segundo o Género e o Local de Residência

Género	Institucionalizados		Não-Institucionalizados		Total
	N	%	N	%	N
Masculino	16	27,1%	15	25,4%	31
Feminino	13	22,0%	15	25,4%	28
Total	29	49,2%	30	50,8%	59

Já, no que diz respeito à variável habilitações das crianças inquiridas, esta foi subdividida em dois grupos, o grupo do segundo e terceiro ciclo e o grupo do ensino secundário e profissional. Assim e de acordo com a tabela 4 pode verificar-se que 17 crianças institucionalizadas (28,8%) da amostra pertencem ao grupo do segundo e terceiro ciclo, já 20,3% das crianças, isto é 12 crianças frequentam o ensino secundário e profissional. No que diz respeito, às crianças não-institucionalizadas a maioria 45,8% da amostra, isto é 27 crianças, frequentam o segundo ou terceiro ciclo de estudos e 3 das crianças (5,1%) frequentam o ensino secundário ou profissional.

Tabela 4:

Estadística descritiva da amostra segundo o Local de Residência e as habilitações

	Habilitações				Total
	Segundo e terceiro ciclo		Ensino secundário e profissional		
	N	%	N	%	
Institucionalizados	17	28,8%	12	20,3%	29
Não-Institucionalizados	27	45,8%	3	5,1%	30
Total	44	74,6%	15	25,4%	100%

Analisando a tabela 5, e no que diz respeito à origem do acolhimento pode verificar-se que a principal causa é por Negligência, 19 dos 29 casos (32,2%), seguido de Maus tratos físicos e psicológicos (N=3, 5,1%), abuso sexual (N=2, 3,4%), condutas desviantes (N=2, 3,4%), Abandono (N=1, 1,7%), Abandono escolar (N=1, 1,7%), Outras situações de perigo (N=1, 1,7%).

Tabela 5:

Estadística descritiva da amostra segundo a origem do acolhimento

	N	%
Abandono	1	1,7
Negligência	19	32,2
Abandono escolar	1	1,7
Maus tratos físicos e psicológicos	3	5,1
Abuso sexual	2	3,4
Outras situações de perigo	1	1,7
Outras condutas desviantes	2	3,4
Total	29	49,2

No que diz respeito, ao tempo de institucionalização das 29 crianças institucionalizadas, a maioria 37,3% (N=22) encontra-se na instituição há mais de 2 anos, como se pode verificar através da tabela 6.

Tabela 6:

Estatística descritiva da amostra segundo o tempo de institucionalização

	N	%
3 a 6 meses	1	1,7
6 a 12 meses	1	1,7
1 ano	4	6,8
2 anos	1	1,7
Mais de 2 anos	22	37,3
Total	29	49,2

De seguida apresenta-se um breve enquadramento institucional das duas instituições onde foram recolhidos os dados.

3.1.3. Enquadramento institucional

Casa do Menino Jesus (Covilhã)

A Casa do Menino Jesus fundada em 1918, passou a ter em funcionamento desde julho de 2001, sendo um projeto inovador no combate ao insucesso escolar. Esta trata-se de um Centro de Intervenção Social e Psicopedagógica, aprovado pelo Programa Ser Criança e que pretende dar uma resposta individualizada e o mais abrangente possível a crianças que manifestam dificuldade de sucesso ou de inserção escolar. A resposta é dada com ações a nível psicológico, social, cognitivo, sanitário e familiar.

A Casa do Menino Jesus é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) com instalação na cidade da Covilhã. Atualmente, alberga 34 crianças e jovens, com idades compreendidas entre os 3 e os 18 anos, vindas de diferentes famílias, por ordem do Tribunal ou da Segurança Social. Esta procura prestar os cuidados necessários procurando a sua integração no meio social que as rodeia.

As crianças vêm de famílias desfavorecidas, disfuncionais e com diversos e graves problemas, em certos casos, vítimas do alcoolismo, toxicodependência ou maus tratos de um ou ambos os progenitores. Algumas são órfãs mas, presentemente, são recebidas na Casa algumas meninas vítimas de violência doméstica, quer elas, quer a própria Mãe.

Nesta instituição, a divisão das crianças é feita de acordo com a faixa etária e a escolaridade de modo a responder mais facilmente às necessidades específicas de cada criança. Para além do Lar de Crianças e Jovens, a instituição oferece ainda um serviço de

Creche e Pré-escola. Este Centro de Intervenção Social e Psicopedagógica presta destina-se a toda a população em escolaridade básica da cidade da Covilhã e da vila de Boidobra.

Obra de Socorro Familiar - Abrigo de S. José (Fundão)

A Obra de Socorro Familiar, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada a 12 de junho de 1955. Esta instituição tem como valência o Abrigo de S. José que tem como missão proporcionar alojamento, orientação educativa, formação escolar, meios de trabalho e ensino a jovens do sexo masculino, que, encontrando-se em situação de carência moral ou sócio-familiar, necessitem de especial apoio à sua integral promoção, reabilitação e integração na sociedade.

O Abrigo de S. José é uma Instituição de caráter social e humanitário, para crianças que por diversos condicionalismos se viram privadas de um meio familiar equilibrado, económica e socialmente. Nomeadamente abandono, carências económicas e disfunções familiares. Atualmente, procura-se dar resposta a casos sociais cuja urgência e identificação sejam desencadeados em colaboração com os serviços oficiais, nomeadamente, Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social, Instituto de Reinserção Social, Autarquias, Escolas, Párcos e até mesmo particulares. O processo de admissão está sujeito a uma análise por parte da Direção da Instituição.

A área de ação desta instituição é o Distrito de Castelo Branco e Diocese da Guarda. Sendo a sua capacidade de 45 rapazes, vítimas da própria família em particular e da sociedade em geral. Atualmente, residem na instituição 41 rapazes com idades compreendidas entre os 4 e os 21 anos. A divisão das crianças é feita tendo em conta a sua idade e grau de parentesco. Esta oferece apoio pedagógico, ocupação de tempos livres (cinema, atividades ao ar livre, desporto), apoio psicológico e acompanhamento na saúde.

3.1.4. Instrumentos

Nessa investigação utilizou-se um protocolo constituído pelo Inventário de Depressão para Crianças (CDI) (Kovacs, 1992; versão portuguesa, Dias & Gonçalves, 1999), a Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças de Giacconi e Hutz (2008) e o Modelo Multiaxial de Achenbach - ASEBA (Achenbach System of Based Assessment), versão portuguesa: Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF), Youth Self-Report (YSR), versões portuguesas. Para além destes foram ainda construídos dos questionários, um questionário individual da criança e um questionário de dados da instituição. Estes instrumentos passaram a ser descritos de modo sucinto de seguida.

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico da criança utilizado, era parte integrante do Questionário de Autoavaliação para Crianças (YSR), sendo então possível recolher informações

acerca das crianças participantes, como género, idade, escolaridade, que consideramos serem aspetos relevantes para o estudo.

Questionário Individual da Criança (Anexo I)

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

Questionário de Dados da Instituição (Anexo II)

Este questionário foi criado de modo a se obterem algumas informações acerca das instituições, do seu funcionamento, onde foram recolhidos os dados para a investigação.

Aqui constam questões como o nome da instituição, o vínculo da instituição, a que faixa etária oferecem cuidados, quantas crianças residem na instituição, como é feita a divisão das crianças, a estrutura física da instituição e o tipo de serviços oferecidos/prestados.

Inventário de Depressão para Crianças (CDI) (Anexo III)

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

De entre todas as escalas, neste estudo optou-se pela utilização do Inventário de depressão para Crianças, uma vez que funciona como instrumento de rastreamento na identificação de crianças e adolescentes com alterações afetivas, de humor, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de autoavaliação e de outras condutas interpessoais (Coutinho, 2005, *cit. in* Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008).

O CDI surgiu originalmente nos Estados Unidos e constitui a adaptação do Inventário Depressão de Beck, para crianças e adolescentes por Kovács em 1983. Este pretende mensurar sintomas depressivos em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 a 17 anos, através de autoavaliação. O CDI é o inventário de autorresposta, mais utilizado junto crianças e adolescentes na avaliação da depressão (Kovacs, 1985; Simões,

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

Deste modo, o resultado total do inventário obtém-se através do somatório da pontuação nos 27 itens, podendo variar entre 0 e 54 pontos. Assim o resultado final do inventário e o valor de cada subescala são convertidos em pontuações estandardizadas tendo em consideração o sexo e a faixa etária de modo a permitir a interpretação das mesmas. É ainda de referir, que essa interpretação é essencialmente feita a nível qualitativo (Kovacs, 1985; Passos & Machado, 2002, Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004).

De acordo com Passos e Machado (2002), o seu índice discriminativo (ponto de corte) situa-se em 16 pontos para a faixa etária dos 8 aos 12 anos e 19 pontos para a faixa etária dos 13 aos 17 anos.

Já, no estudo de aferição para a população portuguesa de Helena Marujo (1994) é apontado como ponto de corte o índice 33.7, ou seja, os indivíduos que pontuavam acima deste valor eram considerados deprimidos. No que diz respeito, alpha de Cronbach, em estudos com a população portuguesa, verificaram-se bons índices de fidelidade, com valores globais de alpha de Cronbach 0.80 (Fernandes, Ferronha & Machado, 1998; Malpique et al., 2003).

Escala multidimensional de satisfação de vida para crianças (Anexo IV)

A Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças elaborada em 2008 por Giacomoni e Hutz, constitui uma medida multidimensional de 50 itens, cujo objetivo passa por avaliar a satisfação de vida, a partir de domínios específicos das suas vidas. Para tal, esta escala subdivide-se em 6 escalas: Família (Itens 3, 9, 13, 17, 23, 26, 32, 37, 41, 46, 50), Self (Itens 1, 6, 11, 15, 20, 29, 35, 40, 44), Self-comparado (Itens 2, 7, 12, 16, 21, 30, 36, 45), Não-violência (Itens 8, 22, 31, 47), Amizade (Itens 4, 10, 18, 24, 27, 33, 38, 39, 42, 48) e Escola (Itens 5, 14, 19, 28, 34, 43, 49). As respostas são dadas através de uma escala do tipo Likert de cinco pontos (1) corresponde a nem um pouco, o (2) a um pouco, o (3) a mais ou menos, (4) a bastante e por fim, (5) a muitíssimo. Assim, quanto mais próximo de 5 for a média, maior será a satisfação de vida (Giacomoni & Hutz, 2008; Segabinazi, Giacomoni, Dias, Teixeira & Moraes, 2010).

No estudo realizado por Giacomoni e Hutz em 2008, a escala apresentou uma consistência interna adequada (*Alpha de Cronbach=0,93*) e correlações apropriadas com

outras medidas (Giacomoni & Hutz, 2008). O estudo obteve os seguintes *Alpha de Cronbach* nas seis subescalas: self (*Alpha*=0,72), self comparado (*Alpha*=0,86), não-infância (*Alpha* = 0,66), família (*Alpha*=0,82), amizade (*Alpha*=0,82) e escola (*Alpha*=0,83).

Para este estudo foi realizada uma adaptação da mesma escala com autorização dos autores Giacomoni e Hutz (2008). Nesta adaptação da Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças de Giacomoni e Hutz (2008) apenas foi revista e realizada uma alteração semântica em alguns itens de Português do Brasil para Português de Portugal, para deste modo serem mais claros e melhor compreendidos e pelas crianças e jovens. Isto é, conseguir-se uma melhor adaptabilidade da escala em versão brasileira, para a população portuguesa.

O conteúdo dos itens bem como o formato da escala foram mantidos, mantendo-se os 50 itens da escala original. Após realizadas as adaptações consideradas relevantes da escala, foram contactados os autores da mesma solicitando a autorização para a concordância na modificação da escala, sendo-lhe ainda pedido que fosse realizada uma avaliação da mesma e alteração do que considerassem relevante e necessário modificar. Deste contacto, obteve-se uma resposta positiva da parte dos mesmos concordando estes com as alterações efetuadas.

Modelo Multiaxial de Achenbach - ASEBA

O Modelo Multiaxial de Achenbach permite uma avaliação emocional e comportamental das crianças e adolescentes, através da recolha de informação de diversos informadores, pais, professores e a própria criança ou adolescente (Pedrero, Baigrie, Giráldez, Paino & Muñiz, 2012).

Este sugere que o que determina um síndrome é a agregação de problemas comportamentais em subescalas, através de uma análise fatorial. Assim, este modelo considera que o que distingue uma criança de uma amostra normativa e de uma de uma amostra clínica é a frequência dos problemas comportamentais que fazem parte de um ou mais síndromas (Soares, 2000).

A análise fatorial do estudo americano de Achenbach (1991) encontrou uma estrutura que compreende oito fatores, também denominados escalas ou síndromas. Deste modo, as escalas baseiam-se em 89 itens comuns a três instrumentos: Child Behavior Checklist Questionnaire - CBCL (Inventário do Comportamento da Criança para Pais), Teacher Report Form- TRF (Inventário do Comportamento da Criança para Professores) e o Youth Self Report -YSR, (Questionário de Autoavaliação para jovens) (Soares, 2000; Henriksen, Nielsen & Bilenberg, 2012).

No estudo de Achenbach (1991) os fatores foram designados escalas de *Isolamento*, *Queixas Somáticas*, *Ansiedade/ Depressão*, *Problemas do Pensamento*, *Problemas de Atenção*, *Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo* (Pedrero et al., 2012).

Estas escalas aglutinam-se em duas grandes dimensões da Psicopatologia infantil: Escalas de Internalização (que agrupa sintomas de natureza subjetiva, ansiedade e depressão) e a Escalas de Externalização (que agrupa sintomas manifestos com um claro impacto nos

contextos sociais, problemas de comportamento, abuso de substâncias e hiperatividade) (Soares, 2000; Pedrero et al., 2012).

Este modelo é, então constituído por diversos instrumentos de avaliação, os inventários, a entrevista clínica semiestruturada e a grelha de observação. Para este estudo em particular foram apenas utilizadas as adaptações portuguesas dos inventários devido a condicionamentos psicométricos.

Youth Self Report (YSR) - Questionário de Autoavaliação para jovens (Anexo V)

O Questionário de Autoavaliação para jovens constitui a versão adaptada e traduzida para português por Fonseca e Monteiro (1999) do Young Self Report (YSR) de Achenbach (1999). Este foi elaborado para obter informações sobre o adolescente a partir de seu próprio ponto de vista.

É um inventário autoaplicável que permite recolher informações sobre problemas específicos do comportamento e comportamentos socialmente desejáveis em jovens dos 11 aos 18 anos, derivado do *Child Behavior Check List* (CBCL) (Fonseca & Monteiro, 1999). Assim, pretende descrever e avaliar as competências e problemas da criança/adolescente, percecionados por si mesmos (Achenbach & Rescorla, 2001, *cit. in* Bernstein, Martinez, Chorpita & Weisz, 2011).

Este inventário é composto por duas partes, uma constituída por sete questões relacionadas com competências, atividades e interesses sociais do indivíduo, a segunda por 112 itens que avaliam problemas de comportamento e comportamentos socialmente desejáveis, formando as escalas de distúrbio total e síndromes.

Aqui, a criança ou adolescente deve indicar se a característica de comportamento descrita em cada item da escala se aplica a si ou não, tendo em conta os últimos 6 meses. Para tal utiliza-se um sistema de resposta de três pontos, que varia entre 0 e 2, considerando o 0 como a afirmação não é verdadeira, o 1, às vezes verdadeira e o 2, muitas vezes verdadeira (Soares, 2000).

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

Nesta escala, o estudo teste-reteste oscila entre 0,28 a 0,91 consoante as subescalas, sendo que tem uma amplitude idêntica à encontrada na investigação americana. Por sua vez,

os valores da consistência interna do YSR e das várias subescalas que o compõem são satisfatórios, variando entre 0,70 e 0,80. As correlações, entre as subescalas portuguesas e americanas é elevada, variando entre 0.65 a 1.00 (Soares, 2000).

Child Behavior Checklist Questionnaire (CBCL)- Inventário do Comportamento da Criança para Pais (Anexo VI)

Apesar de se ter em conta que o adolescente pode ser o maior observador dos seus próprios comportamentos nos diversos contextos, poderia fornecer informações mais completas que os outros informantes, não se deve considerar a autoavaliação do adolescente como sendo a fonte única e mais precisa de informação (Rocha, Araújo & Silveiras, 2008).

Deste modo, para além do Questionário de autoavaliação para jovens, foi ainda utilizado o Inventário do Comportamento da Criança para Pais (versão port., Fonseca e col., 1994). De acordo com Achenbach (1991, *cit. in* Rocha, Araújo & Silveiras, 2008), os pais ou seus substitutos são, normalmente, fontes de informação mais importantes sobre as competências e os problemas de comportamento de seus filhos, já que, em função da convivência, estão mais bem informados para avaliar as variações de comportamento que ocorrem nas diversas situações.

Este inventário constitui a adaptação portuguesa do Child Behavior Checklist Questionnaire (CBCL) desenvolvido originalmente por Achenbach (1991), tendo sido adaptado e aferido para a população portuguesa, em 1994, por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso. O objetivo deste questionário passa por avaliar e descrever as competências sociais e os problemas de comportamento de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos, sendo preenchido pelo encarregado de educação ou responsável legal da mesma (Pinhel, Torres & Maia, 2009).

Esta escala é composta por duas secções principais, uma composta por 20 questões relativas às competências sociais, de atividades e escolares do indivíduo em diferentes áreas (participação da criança em atividades, organizações, relacionamentos interpessoais e desempenho escolar), e a outra por 113 itens (sendo dois deles itens abertos) relativos a diversos problemas emocionais e comportamentais registados numa escala de avaliação de Likert de três pontos, que varia entre 0 (comportamento *não é verdadeiro*), 1 (*às vezes verdadeiro*) e 2 (*quase sempre verdadeiro*), tendo em consideração os últimos seis meses (Soares, 2000; Bernstein, Martinez, Chorpita & Weisz, 2011).

Da cotação deste inventário podem obter-se três tipos de resultados: um resultado global que representa a dimensão geral dos problemas do indivíduo, um resultado específico para cada um dos fatores (Oposição/ Imaturidade, Agressividade, Problemas de atenção/ Hiperatividade, Depressão, Problemas Sociais, Queixas somáticas, Isolamento, Ansiedade e Obsessivo/ Esquizoide) e por fim, um resultado para dois clusters, problemas de comportamento internalizante composta pelas três primeiras escalas e problemas de

comportamento externalizante à soma das duas últimas escalas (Achenbach & Rescorla, 2001, *cit. in* Emerich, Rocha, Silveiras & Gonçalves, 2012).

As pontuações obtidas permitem traçar o perfil social e comportamental da criança, sendo que os pontos de corte determinam a inclusão da mesma nas categorias não clínica (inferiores a 60), limítrofe (60 a 63) e clínica (superiores a 63) (Luiz, Gorayeb & Júnior, 2010). Assim, podem considerar-se os casos como não-clínicos, clínicos e limítrofes. No entanto, de acordo com o manual do Inventário os casos considerados como limítrofes podem ser englobados na categoria clínica para fins de pesquisa (Silva, Farias, Silveiras & Arantes, 2008). Dados de vários estudos efetuados tanto nos EUA como noutros países, têm revelado boas qualidades psicométricas do CBCL. Possui uma consistência interna aceitável: de .62 a .96. (Fonseca et al., 1994).

Por seu turno, os estudos empíricos realizados em Portugal verificaram a existência de uma fiabilidade teste-reteste da CBCL satisfatória (0.55) e validade concorrente entre 0,93 e 0,96. No que diz respeito, aos coeficientes alpha de Cronbach quando se considera o resultado total no CBCL, são bastante positivos (0.92). Já, nas subescalas, os valores alpha de Cronbach variam entre 0.52 e 0.88 (Soares, 2000).

Teacher Report Form (TRF) - Inventário dos Comportamentos da Criança para Professores (Anexo VII)

No processo de avaliação de crianças e adolescentes para além dos pais, existem outros agentes sociais que podem dar-nos informações importantes, tais como os professores e os pares (Rocha, Araújo & Silveiras, 2008).

Deste modo para este estudo, foi, ainda, utilizado o Inventário dos Comportamentos da Criança para Professores que pode ser aplicado a crianças em idade escolar. O inventário constitui uma medida de avaliação do comportamento da criança na sala de aula, sendo habitualmente preenchido pelo professor titular. Este constitui a versão traduzida e adaptada para Portugal do Teacher Report Form (TRF) (Achenbach, 1999), por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso (1995).

O Inventário dos Comportamentos da Criança para Professores consta de duas partes, uma primeira constituída por itens relativos a dados Demográficos da criança, avaliações do rendimento escolar e avaliações do funcionamento geral da criança na sala de aula; a segunda parte do inventário é composta por 120 itens, dois dos quais consistem em questões abertas (o item 56h e o 113) relativas a outros problemas que os professores queiram mencionar acerca do aluno, e é aplicável a crianças em idade escolar.

Aqui, o professor para cada item tem de escolher a opção que melhor se adequa à criança tendo por base um sistema de respostas de três pontos, que varia de 0 a 2, assinalando 0 se o comportamento *não for verdadeiro*, 1 se for *às vezes verdadeiro*, e à volta do 2 se for *quase sempre verdadeiro*. A avaliação deve ter em conta os últimos dois meses.

A versão portuguesa, segundo Fonseca e colaboradores (1995) é comparável à versão americana apenas parcialmente, uma vez que o número de fatores encontrados e os itens que

compõe os fatores semelhantes são distintos. Nesta versão foram então encontrados sete síndromes/fatores: Escala de Agressividade, Escala de Problemas de Atenção/Dificuldades de aprendizagem, Escala de Isolamento Social, Escala de Comportamentos Obsessivos, Escala de Problemas Sociais, Escala de Comportamentos Estranhos, Escala de Ansiedade.

Deste modo, da cotação deste inventário pode obter-se um resultado global da criança, isto é, a dimensão geral dos problemas do indivíduo, um resultado específico para cada uma de sete síndromes/fatores encontrado e, por fim, um resultado para a escala de externalização e internalização (Franco, 2009).

Diversas investigações têm demonstrado bons indicadores psicométricos (validade e precisão) para esta prova. Já, a versão portuguesa possui uma consistência interna acima de .70 (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994; Albuquerque, Fonseca, Simões, Pereira & Rebelo, 1999).

3.2. Procedimento

3.2.1. Procedimentos de Recolha dos dados

Para a realização deste estudo, inicialmente procurou-se através de uma listagem relativa a todas as Instituições de Acolhimento de crianças e jovens do distrito de Castelo Branco de modo a constituir a amostra das crianças institucionalizadas (casos) partiu. Após a constituição da listagem foram contactadas as respetivas instituições a fim de se perceber a disponibilidade de colaboração no estudo. Deste contacto duas delas mostraram-se disponíveis em colaborar na investigação, dando autorização para a recolha de dados na instituição, a Casa do Menino Jesus (Covilhã) e o Abrigo de S.José (Fundão). Assim, tendo em conta a sua faixa etária, género e critério de exclusão do estudo foi selecionada a amostra de entre todas as crianças das respetivas instituições.

No que diz respeito, às crianças não-institucionalizadas (grupo de controle), a amostra foi recolhida de modo aleatório tendo em conta de acordo com os objetivos do estudo, sendo esta uma amostra de conveniência. Aqui, contou-se também com a estreita colaboração dos encarregados de educação das crianças e jovens, bem como, com os respetivos diretores de turma.

A recolha dos dados foi realizada entre janeiro de 2012 e maio de 2012. Assim, a administração dos instrumentos YSR, CDI e Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para crianças foi realizada nas instituições onde se encontravam, com aplicação presencial, sendo explicado inicialmente o modo de preenchimento dos questionários, sendo que o investigador se encontrava presente para o esclarecimento de qualquer dúvida que emergisse aquando o preenchimento dos mesmos. No caso do grupo de controle, crianças que se encontravam a viver em meio familiar foi realizada, numa primeira instância, uma abordagem “porta-a-porta” explicando o objetivo do estudo e pedindo a colaboração no mesmo. Posteriormente,

foi solicitado então o preenchimento dos mesmos instrumentos, esclarecendo o investigador qualquer dúvida que surgia.

No que diz respeito ao CBCL, foi administrado presencialmente, sempre que possível, aos encarregados de educação das crianças em estudo em ambos o grupo (caso e controle) e o TRF aos respetivos diretores de turma após a solicitação dos encarregados de educação ou das crianças, quando demonstrassem já responsabilidade para tal. Nesta administração, foi inicialmente feita uma explicação dos mesmos, qual o objetivo da sua aplicação, e sempre que solicitada, fornecida ajuda na compreensão destes.

Considerações Éticas

Durante o estudo foram sempre tidas em conta as normas que regem o código de ética e de deontologia em Psicologia, destinadas ao tipo de população investigada neste estudo.

Sendo assim, foi obtido Consentimento Informado das Instituições “Casa do Menino Jesus (Covilhã)” e “Abrigo de S.José (Fundão)” que mantêm formalmente a guarda das crianças e adolescentes institucionalizados, assim como dos encarregados de educação dos participantes e dos diretores de turma, de acordo com as orientações éticas para pesquisas com seres humanos (Hutz & Spink, 2007). (Anexo VIII; Anexo IX)

Foi, ainda, solicitada a cada participante a concordância em participar na pesquisa, sendo claramente informadas que a sua participação no estudo é voluntária e que poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem qualquer prejuízo, assegurando-lhes, ainda, o sigilo/confidencialidade dos dados.

Capítulo IV. Resultados

Introdução

O conjunto das informações obtidas foi analisado no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17 para Windows.

Neste investigação, os dados recolhidos foram inicialmente analisados segundo a metodologia descritiva usual (frequências, médias, medianas, desvios-padrão, variância, número máximo e número mínimo). Posteriormente e para a análise do efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes foi utilizado o teste *t*-Student, quando se cumpriam os seguintes pressupostos, a distribuição da média amostral dentro de cada grupo tem uma distribuição normal, assumindo-se, aqui o Teorema do Limite Central; as observações eram independentes entre si; as variâncias de cada grupo eram iguais entre si, ou seja, havia homogeneidade entre as variâncias (Maroco, 2007).

Contrariamente, quando esses pressupostos não eram assegurados, realizou-se o teste não-paramétricos correspondente, Mann-Whitney, sendo utilizado para investigar quais os grupos para que a diferença observada era significativa. Para além destes, e onde se verificou a existência de evidência estatística procurou-se utilizar o teste Qui-Quadrado para avaliar a distribuição por categorias.

Assim, é ainda de referir que para todas as análises efetuadas, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$, isto é só nestas circunstâncias é que se considerava existirem diferenças estatisticamente significativas. Todos os testes foram realizados para um nível de confiança de 95%.

É ainda, de referir, que no tratamento estatístico, no caso do CDI, foram tratados e analisados os dados padronizados para a população segundo a faixa etária e género. Por outro lado, na análise do CBCL, YSR e EMSVC foram tratados os dados brutos. Importa realçar, também que no tratamento dos dados se optou por não se contabilizarem as questões de resposta aberta do YSR e do CBCL uma vez que se verificou uma grande percentagem de respostas deixadas em branco. Relativamente, aos dados recolhidos através do TRF não foram tratados estatisticamente uma vez que uma grande percentagem dos questionários destinados a avaliação do comportamento da criança através da perspetiva do professor não foram devolvidos.

4.1. Análise Descritiva dos Instrumentos

4.1.1. Questionário de Autoavaliação para crianças

Como foi descrito anteriormente, para a avaliação dos comportamentos e problemas da criança a partir do seu ponto de vista, foi utilizado o Questionário de Autoavaliação para

crianças, que contempla um conjunto de escalas: Comportamento Antissocial, Problemas de Atenção, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas somáticas e Problemas do Pensamento Esquizoide.

Assim, passamos a descrever as estatísticas de tendência central (Tabela 7), no que diz respeito à Escala “Comportamento Antissocial”, pode verificar-se que a média e mediana das pontuações nesta escala assumem o valor de 4,51 e 4,00, respetivamente. Já, no que concerne às estatísticas de variabilidade, é possível referir que a variância é de 17,25 assumindo o valor de 4,15 para o desvio padrão.

Relativamente à Escala “Problemas de Atenção”, as pontuações dos participantes assumem uma média de 9,32 e mediana de 9,00. Como estatísticas de variabilidade apresenta-se o valor de 4,90 como desvio padrão e de 24,02 como variância. Já, as pontuações na Escala “Ansiedade/Depressão” atingem uma média de 3,75 e mediana de 2. Relativamente, ao valor do desvio-padrão este assume 4,05 e a variância, 16,43.

Na quarta Escala “Isolamento”, a média das pontuações corresponde ao valor 7,14 e a mediana a 7,00. Aqui, as estatísticas de variabilidade assumem valores de 2,93 (DP) e de 8,60 (variância). No que diz respeito, à Escala “Queixas somáticas”, a média corresponde ao valor 3,76, a mediana a 3,00, já o desvio-padrão tem o valor de 2,89 e a variância de 8,36. Por fim, na Escala “Pensamento Esquizoide”, as pontuações da média e mediana assumem, respetivamente o valor 2,71 e 2,00, sendo que no que respeita às estatísticas de variabilidade nesta escala, o valor do desvio-padrão é de 2,70 e a variância de 7,31.

Tabela7:

Estatística descritiva do Questionário de Autoavaliação para Crianças (YSR) por subescalas

Escalas	N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Comportamento Antissocial	59	4,51	4	1	4,15	17,25	0	17
Problemas de atenção	59	9,32	9	6 ^a	4,90	24,02	0	23
Ansiedade/Depressão	59	3,75	2	1	4,05	16,43	0	16
Isolamento	59	7,14	7	7	2,93	8,60	0	13
Queixas somáticas	59	3,76	3	2	2,89	8,36	0	11
Pensamento Esquizoide	59	2,71	2	0	2,70	7,31	0	10
YSR_Global	59	31,17	32	32 ^a	16,94	287,11	2	85

a. Dado a existência de múltiplos valores de moda, o menos valor é mostrado

De seguida, apresentamos um conjunto de tabelas (8, 9,10) com as medidas de estatística descritiva principais e em relação aos diferentes grupos da amostra, segundo a idade, 11-13 (N=18) e 14-17 (N=41), segundo o género, Masculino (N=31), Feminino (N=28), e

por fim, segundo o Local de Residência, Institucionalizado (N=29) e Não institucionalizado (N=30). Deste modo, equiparando as médias das pontuações para cada Subescala do YSR, Comportamento Antissocial (1), Problemas de Atenção (2), Ansiedade/Depressão (3), Isolamento (4), Queixas somáticas (5) e Problemas do Pensamento Esquizoide (6), verifica-se que relativamente à idade, assumem valores superiores em todas as subescalas para o segundo grupo “Grupo 14-17”, comparativamente ao primeiro grupo “Grupo 11-13”.

Tabela 8:

Estatística descritiva das pontuações nas Subescalas YSR segundo os níveis de Idade

	Sub-Escalas do YSR							Estatística
	1	2	3	4	5	6	Global	
Grupo 11-13 (N=18)	3,44	8,50	2,72	6,50	2,72	2,33	26,22	Média
	2,50	8,00	2,00	7,00	2,00	2,50	32,00	Mediana
	3,33	3,78	2,40	2,57	1,74	2,23	10,07	Desvio-padrão
	11,09	14,27	5,74	6,61	3,04	5,06	101,48	Variância
	0,00	3,00	0,00	2,00	0,00	0,00	8,00	Mínimo
	13,00	15,00	9,00	11,00	6,00	8,00	38,00	Máximo
Grupo 14-17 (N=41)	4,98	9,68	4,20	7,41	4,22	2,88	33,34	Média
	4,00	9,00	2,00	7,00	4,00	2,00	32,00	Mediana
	4,42	5,32	4,55	3,07	3,18	2,89	18,90	Desvio-padrão
	19,57	28,32	20,71	9,40	10,13	8,36	357,33	Variância
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	Mínimo
	17,00	23,00	16,00	13,00	11,00	10,00	85,00	Máximo

No que concerne, à variável género e comparando as médias das pontuações nas subescalas, pode observar-se que as raparigas apresentam valores superiores em todas as subescalas Problemas de Atenção, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas somáticas e Problemas do Pensamento Esquizoide, à exceção da escala “Comportamento Antissocial”, em que os rapazes apresentam pontuação média ligeiramente mais elevada (Tabela 9).

Tabela 9:

Estatística descritivas das pontuações nas Subescalas YSR segundo o género

	Sub-Escalas do YSR							Estatística
	1	2	3	4	5	6	Global	
Masculino (N=31)	4,84	8,29	2,13	5,97	2,94	1,71	25,84	Média
	4,00	7,00	1,00	6,00	2,00	1,00	23,00	Mediana
	4,71	4,93	3,11	2,75	2,52	2,13	17,00	Desvio-padrão
	22,14	24,35	9,65	7,57	6,33	4,55	289,14	Variância
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	Mínimo
	17,00	23,00	13,00	11,00	10,00	8,00	77,00	Máximo
Feminino (N=28)	4,14	10,46	5,54	8,43	4,68	3,82	37,07	Média
	3,50	10,00	4,50	9,00	4,00	3,00	34,00	Mediana
	3,49	4,69	4,27	2,60	3,04	2,87	15,06	Desvio-padrão
	12,20	21,96	18,26	6,77	9,26	8,23	226,74	Variância
	0,00	4,00	1,00	3,00	0,00	0,00	11,00	Mínimo
	17,00	22,00	16,00	13,00	11,00	10,00	85,00	Máximo

Por outro lado, no que diz respeito à variável Local de residência pode verificar-se através da tabela 10, através da comparação de médias, que as crianças que se encontram institucionalizadas comparando com as crianças não-institucionalizadas apresentam pontuações médias mais elevadas em todas as subescalas do YSR.

Tabela 10:

Estatística descritiva das pontuações nas Subescalas YSR segundo o Local de residência

	Sub-Escalas do YSR							Estatística
	1	2	3	4	5	6	Global	
Institucionalizado (N=29)	6,93	10,97	5,28	7,86	4,76	3,55	39,34	Média
	6,00	10,00	3,00	8,00	4,00	3,00	34,00	Mediana
	4,36	5,34	4,82	2,86	3,31	2,90	18,20	Desvio-padrão
	18,99	28,46	23,28	8,20	10,98	8,40	331,23	Variância
	1,00	4,00	0,00	3,00	0,00	0,00	14,00	Mínimo
	17,00	23,00	16,00	12,00	11,00	10,00	85,00	Máximo
Não- Institucionalizado (N=30)	2,17	7,73	2,27	6,43	2,80	1,90	23,27	Média
	1,50	7,50	1,50	7,00	2,00	1,00	23,50	Mediana
	2,15	3,90	2,40	2,87	2,04	2,26	11,09	Desvio-padrão
	4,62	15,23	5,79	8,25	4,17	5,13	122,96	Variância
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	Mínimo
	9,00	15,00	9,00	13,00	6,00	8,00	42,00	Máximo

4.1.2. Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL)

Para avaliar e descrever as competências sociais e os problemas de comportamento de crianças e adolescentes, a partir do ponto de vista dos seus pais, substitutos, cuidadores principais, utilizou-se na presente investigação, como já foi referido, o Inventário do Comportamento da Criança para Pais. Este é constituído por nove subescalas: Oposição/Imaturidade (1), Agressividade (2), Hiperatividade/Problemas de atenção (3), Depressão (4), Problemas sociais (5), Queixas somáticas (6), Isolamento (7), Ansiedade (8), Obsessivo-Compulsivo (9).

Na tabela 11, aparecem descritas, à semelhança do Questionário de Autoavaliação para Crianças (YSR), as estatísticas de tendência central, média e mediana, das pontuações nesta escala, bem como as estatísticas de variabilidade, desvio-padrão e a variância.

Tabela 11:

Estatística descritiva do Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL) para Crianças por Subescalas

Escalas	N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Oposição/Imaturidade	59	4,19	3	0	4,31	18,53	0	18
Agressividade	59	2,25	1	0	3,22	10,40	0	12
Hiperatividade/Problemas atenção	59	3,36	3	0	2,89	8,37	0	11
Depressão	59	1,41	1	0	2,13	4,52	0	11
Problemas sociais	59	1,69	2	0	1,63	2,66	0	6
Queixas somáticas	59	0,59	0	0	1,16	1,35	0	5
Isolamento	59	2,44	2	1 ^a	1,84	3,39	0	7
Ansiedade	59	1,42	1	0	1,92	3,70	0	9
Obsessivo-Compulsivo	59	1,68	0	0	2,76	7,64	0	14
CBCL Global	59	19,03	16	3	16,61	275,79	0	87

a. Dado a existência de múltiplos valores de moda, o menos valor é mostrado

Abaixo seguem algumas tabelas, nas quais constam medidas de estatística descritiva principais e em relação aos diferentes grupos da amostra, segundo a idade categorizada, segundo o género, e finalmente, o Local de Residência relativamente às médias das pontuações para cada subescala do CBCL.

Deste modo, no que diz respeito, à idade, pode verificar-se através da tabela 12, que as crianças de idade 11-13 apresentam médias mais elevadas que o grupo com idade entre os 14-17.

Tabela 12:

Estatística descritiva das pontuações nas Subescalas CBCL segundo a idade

	Sub-Escalas do CBCL										Estatística
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Global	
Grupo 11-13	6,11	2,50	4,17	1,67	1,72	1,06	2,67	1,56	2,06	23,50	Média
	5,50	1,00	4,00	1,00	1,00	0,00	3,00	1,00	0,50	22,00	Mediana
	5,42	3,54	3,50	2,66	1,84	1,63	1,91	2,64	3,47	21,64	Desvio-padrão
	29,39	12,50	12,27	7,06	3,39	2,64	3,65	6,97	12,06	468,38	Variância
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Mínimo
	18,00	12,00	11,00	11,00	6,00	5,00	7,00	9,00	14,00	87,00	Máximo
Grupo 14-17	3,34	2,15	3,00	1,29	1,68	0,39	2,34	1,37	1,51	17,07	Média
	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	0,00	2,00	1,00	0,00	14,00	Mediana
	3,46	3,12	2,55	1,87	1,56	0,83	1,82	1,55	2,42	13,71	Desvio-padrão
	11,98	9,73	6,50	3,51	2,42	0,69	3,33	2,39	5,86	187,92	Variância
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Mínimo
	10,00	12,00	9,00	8,00	6,00	4,00	7,00	7,00	11,00	52,00	Máximo

Equiparando as pontuações das subescalas do CBCL tendo em conta a variável Género, pode verificar-se que as raparigas apresentam média mais elevada que os rapazes em todas as subescalas, o que parece revelar que estas apresentam um nível de psicopatologia em todas as áreas mais elevado (Tabela 13).

Tabela 13:

Estatística descritiva das pontuações nas Subescalas CBCL segundo a Género

	Sub-Escalas do CBCL										Estatística
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Global	
Masculino	3,13	2,00	2,71	0,97	1,13	0,39	2,19	1,06	1,19	14,77	Média
	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	14,00	Mediana
	3,55	2,96	2,78	1,49	1,31	0,99	1,76	1,26	1,70	12,99	Desvio-padrão
	12,58	8,73	7,75	2,23	1,72	0,98	3,10	1,60	2,90	168,85	Variância
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Mínimo
	12,00	12,00	9,00	7,00	4,00	5,00	6,00	5,00	6,00	51,00	Máximo
Feminino	5,36	2,54	4,07	1,89	2,32	0,82	2,71	1,82	2,21	23,75	Média
	4,50	1,00	4,00	1,00	2,00	0,00	2,50	1,00	0,50	22,00	Mediana
	4,81	3,53	2,89	2,60	1,74	1,31	1,92	2,42	3,55	19,00	Desvio-padrão
	23,13	12,48	8,37	6,77	3,04	1,71	3,69	5,86	12,62	360,94	Variância
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Mínimo
	18,00	12,00	11,00	11,00	6,00	4,00	7,00	9,00	14,00	87,00	Máximo

Por fim, a tabela 14, parece revelar-nos através da estatística descritiva das pontuações das subescalas do CBCL, que as crianças que vivem em contexto familiar apresentam médias de pontuações mais elevadas em todas as subescalas à exceção da subescala Agressividade em que as crianças institucionalizadas pontuam mais alto.

Tabela 14:

Estatística descritiva das pontuações nas Subescalas CBCL segundo a Local de Residência

	Sub-Escalas do CBCL										Estatística
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Global	
Institucionalizados	2,10	2,58	2,52	0,62	0,79	0,03	1,31	0,66	0,28	10,90	Média
	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	7,00	Mediana
	2,93	4,00	2,50	1,21	1,08	0,19	1,20	0,94	0,65	11,54	Desvio-padrão
	8,60	15,97	6,26	1,46	1,17	0,03	1,44	0,88	0,42	133,17	Variância
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Mínimo
	9,00	12,00	8,00	4,00	3,00	1,00	5,00	3,00	3,00	39,00	Máximo
Não - Institucionalizado	6,20	1,93	4,17	2,17	2,57	1,13	3,53	2,17	3,03	26,90	Média
	5,50	1,00	4,00	1,00	2,50	1,00	3,00	1,00	3,00	25,50	Mediana
	4,50	2,27	3,05	2,53	1,61	1,43	1,70	2,32	3,32	17,11	Desvio-padrão
	20,23	5,16	9,32	6,42	2,60	2,05	2,88	5,39	11,00	292,78	Variância
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	,00	,00	3,00	Mínimo
	18,00	10,00	11,00	11,00	6,00	5,00	7,00	9,00	14,00	87,00	Máximo

4.1.3. Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças (EMSVC)

Na presente investigação procurou-se avaliar, ainda, a satisfação de vida das crianças pertencentes à amostra, através da utilização da EMSVC. Esta como referido, na descrição do instrumento é constituída por 6 subescalas, Família (1), Self (2), Self-comparado (3), Não-Violência (4), Amizade (5) e Escola (6). Assim, aqui passamos a descrever as estatísticas de tendência central, média e mediana e estatísticas de variabilidade, desvio padrão e variância (Tabela 15).

Deste modo, na primeira subescala “Família”, a média assume o valor 44,78 e mediana, o valor de 47. Por outro lado, relativamente às estatísticas de variabilidade, é possível referir que a variância é de 38,21, assumindo o valor de 6,18 para o desvio padrão.

Já relativamente à subescala “Self”, as pontuações dos participantes assumem uma média de 40,25 e mediana de 42. Como estatísticas de variabilidade apresenta-se o valor de 6,26 como desvio padrão e de 39,19 como variância. As pontuações na subescala “Self-comparado”, no que diz respeito à média é de 19,98, de 19 mediana, desvio-padrão de 7,29 e, por fim, de 53,12 como variância. Na quarta subescala “Não-Violência”, as pontuações da média e mediana assumem, respetivamente o valor 8,49 e 8 sendo que no que respeita às

estatísticas de variabilidade nesta escala, o valor do desvio-padrão é de 3,69 e a variância de 13,63.

No que diz respeito, à subescala “Amizade”, a média corresponde ao valor 38,61, a mediana a 39, já o desvio-padrão tem o valor de 3,10 e a variância de 9,62. Por fim, na subescala “Escola”, a média das pontuações corresponde ao valor 28,41 e a mediana a 29. Aqui, as estatísticas de variabilidade assumem valores de 4,14 (DP) e de 17,17 (variância).

Tabela 15:

Estatística descritiva da EMSVC por subescalas

Escalas	N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Família	59	44,78	47	47	6,18	38,21	26	52
Self	59	40,25	42	43	6,26	39,19	21	50
Self-Comparado	59	19,98	19	15	7,29	53,12	8	36
Não-Violência	59	8,49	8	6	3,69	13,63	4	19
Amizade	59	38,61	39	42	3,10	9,62	30	43
Escola	59	28,41	29	30	4,14	17,17	19	35
EMSVC Global	59	180,5	179	179	14,43	208,29	140	213

Abaixo seguem algumas tabelas, referentes às medidas estatísticas descritivas principais, no que diz respeito às variáveis apresentamos um conjunto de tabelas com as medidas de estatística descritiva principais, em relação aos diferentes grupos da amostra, segundo a idade categorizada, 11-13 (N=18) e 14-17 (N=41), segundo o género, Masculino (N=31), Feminino (N=28), e por fim, segundo o Local de Residência, Institucionalizado (N=29) e Não institucionalizado (N=30) (Tabelas 16,17,18). Deste modo, equiparando as médias das pontuações para cada Subescala da EMSVC, verifica-se que relativamente à idade, o “Grupo 11-13” assumem valores superiores nas escalas Família, Self, Não-Violência, Amizade e Escola, ao passo que o segundo grupo “Grupo 14-17”, revela uma média mais elevada na escala Self-comparado.

Tabela 16:

Estatística descritiva das pontuações nas subescalas do EMSVC segundo os níveis de idade

	Sub-Escalas do EMSVC							Estatística
	1	2	3	4	5	6	Global	
Grupo 11-13 (N=18)	46,56	43,28	17,44	8,67	38,94	28,50	183,39	Média
	48,00	43,00	17,50	7,00	39,00	29,00	182,50	Mediana
	5,40	3,83	6,30	4,31	2,96	4,26	12,48	Desvio-padrão
	29,20	14,68	39,67	18,59	8,76	18,15	155,66	Variância
	34,00	35,00	8,00	4,00	32,00	21,00	159,00	Mínimo
	51,00	50,00	33,00	19,00	43,00	35,00	213,00	Máximo

	44,00	38,93	21,10	8,41	38,46	28,37	179,27	Média
Grupo	45,00	40,00	21,00	8,00	39,00	29,00	179,00	Mediana
14-17	6,40	6,68	7,48	3,44	3,19	4,14	15,18	Desvio-padrão
	40,95	44,67	55,99	11,85	10,16	17,19	230,55	Variância
(N=41)	26,00	21,00	8,00	4,00	30,00	19,00	140,00	Mínimo
	52,00	49,00	36,00	18,00	42,00	35,00	211,00	Máximo

A tabela 17 apresenta as medidas de estatística descritiva principais e em relação ao Género, assim, pode verificar-se que os rapazes apresentam valores mais elevados nas escalas Família, Self, Não-Violência, Amizade, por sua vez, as raparigas revelaram médias superiores nas escalas Self-comparado e Escola.

Tabela 17:

Estatística descritiva das pontuações das subescalas da EMSVC segundo o Género

	Sub-Escalas do EMSVC							Estatística
	1	2	3	4	5	6	Global	
Masculino	46,42	40,97	19,00	8,52	38,77	28,03	181,71	Média
	47,00	42,00	18,00	7,00	39,00	29,00	182,00	Mediana
	4,33	5,77	6,66	3,96	3,15	4,36	14,35	Desvio-padrão
	18,72	33,30	44,33	15,66	9,91	19,03	205,81	Variância
	35,00	26,00	8,00	4,00	31,00	19,00	140,00	Mínimo
	52,00	50,00	36,00	19,00	43,00	35,00	213,00	Máximo
Feminino	42,96	39,46	21,07	8,46	38,43	28,82	179,21	Média
	46,50	42,00	21,00	8,00	39,00	29,50	179,00	Mediana
	7,40	6,78	7,91	3,45	3,10	3,93	14,68	Desvio-padrão
	54,78	45,96	62,51	11,89	9,59	15,41	215,36	Variância
	26,00	21,00	8,00	4,00	30,00	21,00	150,00	Mínimo
	51,00	50,00	34,00	18,00	42,00	35,00	211,00	Máximo

Por fim, na tabela 18 encontram-se as medidas de estatística descritiva principais e em relação aos dois grupos Institucionalizadas e não-institucionalizadas. Deste modo, é possível analisar que as crianças não-institucionalizadas revelam uma maior satisfação de vida, isto é médias mais elevadas nas subescalas Família, Self, Amizade e Escola, comparativamente com as crianças institucionalizadas que parecem revelar médias superiores, nos aspetos relacionados com o Self-comparado e Não-Violência.

Tabela 18:

Estatística descritiva das pontuações das subescalas da EMSVC segundo os locais de residência

	Sub-Escalas do EMSVC							Estatística
	1	2	3	4	5	6	Global	
Institucionalização (N=29)	42,72	38,21	23,38	10,17	37,69	27,21	179,38	Média
	44,00	40,00	23,00	10,00	37,00	27,00	179,00	Mediana
	7,48	6,93	7,58	3,87	3,36	4,48	17,16	Desvio-padrão
	55,99	47,96	57,53	15,00	11,29	20,01	294,39	Variância
	26,00	21,00	8,00	4,00	30,00	19,00	140,00	Mínimo
	52,00	49,00	36,00	19,00	43,00	35,00	211,00	Máximo
Não- Institucionalizado (N=30)	46,77	42,23	16,70	6,87	39,50	29,57	181,63	Média
	47,00	43,00	16,50	6,00	40,00	30,00	180,50	Mediana
	3,75	4,88	5,29	2,69	2,58	3,49	11,39	Desvio-padrão
	14,05	23,84	28,01	7,22	6,67	12,19	129,76	Variância
	34,00	30,00	8,00	4,00	32,00	22,00	159,00	Mínimo
	51,00	50,00	27,00	14,00	42,00	35,00	213,00	Máximo

4.1.4. Inventário de Depressão em Crianças (CDI)

No que diz respeito, ao CDI pode observar-se pela tabela 19, uma média de pontuações globais $M= 50,34$ e desvio-padrão correspondente a $SD= 9,21$, sendo que as pontuações variam entre 38 e 79 (Tabela 19).

Tabela 19:

Estatística descritiva da amostra segundo a nota global do CDI

N	59
Média	50,3390
Mediana	49,0000
Moda	42,00
Desvio - Padrão	9,21133
Mínimo	38,00
Máximo	79,00

Assim, para o estudo reagrupou-se a variável, em três dimensões, tendo em conta os diferentes graus de classificação dos sintomas depressivos. Assim, a primeira dimensão “Ausência de depressão” compreende as pontuações de 39-55, com uma frequência de 47 crianças (79,7%), a segunda dimensão “Depressão leve a moderada”, a variar entre 55 e 65 score, assim 6 crianças (10,2% da amostra) parecem revelar indicadores de depressão leve ou

Moderada, por fim, e no que diz respeito à dimensão “Depressão Grave”, em que as pontuações variam de 66-70+, pontuações clinicamente significativas, também 6 sujeitos da amostra isto é, 10,2% revelaram indícios de Depressão Severa (Tabela 20).

Tabela 20:

Estadística descritiva da amostra segundo as dimensões do CDI

	N	%
Ausência de depressão	47	79,7
Depressão leve ou moderada	6	10,2
Depressão severa (cl clinicamente significativo)	6	10,2
Total	59	100,0

4.2. Fiabilidade dos Instrumentos

A fidelidade dos instrumentos foi medida através do Coeficiente de Alfa (Alfa de Cronbach's).

Deste modo, o coeficiente de fidelidade do CDI para escala total de 27 itens, subdivididos em 5 subescalas, apresenta o seguinte valor α 0,78, considerando-se aqui uma aceitável consistência interna dos itens. Assim, na presente investigação o Coeficiente de Alpha encontra-se muito próximo do verificado nos estudos com as amostras portuguesas. O inventário total tem uma média de $M = 50,34$ e um desvio padrão de $SD = 9,21$.

No que diz respeito, ao YSR total da escala dos 112 itens, o alpha de cronbach é de α 0,93, sendo assim revelador de uma boa consistência interna dos itens. A escala total apresenta, então, uma média de $M = 31,17$ e um desvio padrão de $SD = 16,94$. Assim, na presente investigação o Coeficiente de Alpha é superior ao da escala original.

Por sua vez, o CBCL total dos 113 itens que compõe a escala, apresenta um valor de coeficiente de fidelidade de α 0,95, considerando-se excelente. Esta escala, revela valores de média global de 19,03, de desvio-padrão de 16,61. Aqui, a consistência interna também é ligeiramente superior à observada quando se considera o resultado total do CBCL.

A análise estatística descritiva relatada, dos referidos instrumentos, no que diz respeito aos Alpha de Cronbach encontra-se exposta na tabela 21.

Tabela 21:

Estadística descritiva e valores de Alpha de Cronbach dos instrumentos CDI, YSR e CBCL

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Alpha De Cronbach
CDI	38	79	50,34	9,21	0,782
YSR	2	85	31,17	16,94	0,932
CBCL	0	87	19,03	16,61	0,948

Quanto à EMSVC , total da escala com 50 itens, verificou-se que o alpha de Cronbach é de α 0,75, considerando-se uma consistência interna aceitável. A escala subdivide-se em 6 dimensões, sendo de seguida apresentados os valores dos coeficientes de fidelidade: Família α 0,73 (aceitável), self α 0,84 (bom), self-comparado α 0,89 (bom), Não-Violência α 0,70 (aceitável), Amizade α 0,62 (aceitável) e Escola α 0,73 (aceitável). Como é possível observar os valores dos índices de fidelidade nas subescalas Família, Amizade e Escola, são inferiores aos da escala original, por sua vez a consistência interna dos itens das subescalas: Self, Self-comparado e Não-violência é superior à da escala original (Tabela 22).

Tabela 22:

Estadística descritiva e valores de Alpha de Cronbach dos instrumentos para EMSVC

Variáveis	Itens (n)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Alpha de Cronbach
Família	11	26	52	44,78	6,18	0,732
Self	10	21	50	40,25	6,26	0,841
Self-Comparado	8	8	36	19,98	7,29	0,877
Não-Violência	4	4	19	8,49	3,69	0,703
Amizade	10	30	43	38,61	3,10	0,619
Escola	7	19	35	28,41	4,14	0,729
EMSVC Global	50	140	213	180,5	14,43	0,747

4.3. Análise estatística

4.3.1. Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças (EMSVC)

Na investigação procurou-se também verificar diferenças entre se a satisfação de vida, varia segundo o Género, Idade ou Local de Residência.

4.3.1.1. EMSVC e Género

A comparação média da variável satisfação de vida que é a soma dos valores brutos de todos os itens das subescalas e a variável género (Masculino e Feminino) foi avaliada através do teste paramétrico t-Student. Assim, pôde verificar-se que os homens (M=181), em média, apresentam mais satisfação com a vida do que as mulheres (M=179) contudo, essa diferença não existem diferenças estatisticamente significativas ($t=0,660$; $p= 0,512$), como é visível através da tabela 23.

Tabela 23:

Diferenças de médias, t-Student entre a EMSVC e a variável Género (Masculino e Feminino)

	Masculino	Feminino		
EMSVC Global	Média N (31)	Média N (28)	T	p
	181,7097	179,2143	0,660	0,512

4.3.1.2. EMSVC e Idade

Com o intuito de se avaliar a distribuição média da satisfação de vida em relação à variável idade, isto é se há mais satisfação de vida nas crianças com idades entre os 11-13 ou nas crianças com idades entre os 13-17, foi utilizado o teste t-student (Tabela 24). Assim, foi possível observar-se que as crianças do primeiro grupo apresentam média maior satisfação com a vida ($M=183$) do que as crianças do segundo grupo ($M=179$). Contudo, é possível perceber-se através da tabela 24 que essas diferenças não são estatisticamente significativas ($t=1,010$; $p=0,317$).

Tabela 24:

Diferenças de médias, t-Student entre a EMSVC e a variável Idade Categorizada

	11-13	14-17		
EMSVC Global	Média N (18)	Média N (41)	T	P
	183,3889	179,2683	1,010	0,317

4.3.1.3. EMSVC e Local de Residência

Já no que diz respeito, à variável institucionalização e à sua influência no grau de satisfação de vida das crianças, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. A partir deste, pôde verificar-se se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($U=401$; $p=0,606$), no entanto pode observar-se uma ligeira diferença de médias entre as crianças institucionalizadas ($M= 28,83$) e as não-institucionalizadas ($M=31,13$), apresentando, assim, as primeiras uma menor satisfação de vida do que as crianças que residem em contexto familiar (Tabela 25).

Tabela 25:

Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a EMSVC segundo o local de residência

Local de Residência				
Institucionalizado	Não- Institucionalizado	U	W	p
(n=29)	(n=30)			
Ordem Média	Ordem Média			

EMSVC_Global	28,83	31,13	401,0	836,0	0,606
--------------	-------	-------	-------	-------	-------

4.3.2. Inventário de Depressão para crianças

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

4.3.2.1. CDI e Género

Assim para avaliar a influência do género na manifestação de sintomas depressivos, invocou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Da análise deste, pôde verificar-se que existem diferenças entre as médias dos homens e das mulheres, sendo que as mulheres ($M=34,75$) parecem apresentar mais sintomas depressivos que os homens ($M=25,71$). Esta diferença é considerada estatisticamente significativa ($U=301;W=797;p=0,04$) (Tabela 26).

Tabela 26:

Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a CDI segundo o género

	Género		U	W	p
	Masculino (n=31)	Feminino (n=28)			
Ordem	Ordem				
Média	Média				
CDI_categorizado	25,71	34,75	301,0	797,0	0,04

Uma vez que se verificou a existência de diferença significativa entre a manifestação de sintomas depressivos (ausência de depressão, depressão leve e depressão severa) ao nível do género decidiu-se realizar o Teste do Qui-Quadrado. Assim, aqui o objetivo passa por avaliar a distribuição da depressão em rapazes e raparigas, isto é se a depressão difere em função da variável categorial Género (Tabela 27).

Constatou-se através da sua análise, e tendo em conta os 59 participantes, especificamente das 28 crianças do género feminino (47,5% da amostra global), 18 meninas (30,5% de todas as raparigas) não apresentam sintomatologia depressiva, 4 meninas (6,8% de todas as raparigas) apresentam indicadores de depressão ligeira ou moderada e, por último, apenas 6 raparigas (10,2%) revelaram indicadores de depressão severa.

Por outro lado, no que diz respeito ao género masculino, dos 31 rapazes (52,5% da amostra total), 29 rapazes (49,2% da amostra masculina) não apresentam critérios que preencham o diagnóstico depressivo, enquanto que 2 rapazes (3,4% de todos os rapazes) apresentam indicadores de depressão ligeira ou moderada. Na amostra masculina, não se verificou nenhum rapaz que apresenta-se critérios de depressão severa.

Tabela 27:
Tabela de contingência do CDI segundo o Género

			CDI			Total
			Ausência de Depressão	Depressão leve ou moderada	Depressão Severa	
Género	Feminino	Frequência observada	18	4	6	28
		% sem género	64,3%	14,3%	21,4%	100,0%
		% sem CDI	38,3%	66,7%	100,0%	47,5%
		%Total	30,5%	6,8%	10,2%	47,5%
	Masculino	Frequência observada	29	2	0	31
		% sem género	93,5%	6,5%	,0%	100,0%
		% sem CDI	61,7%	33,3%	,0%	52,5%
		%Total	49,2%	3,4%	,0%	52,5%
Total	Frequência observada	47	6	6	59	
	% sem género	79,7%	10,2%	10,2%	100,0%	
	% sem CDI	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	79,7%	10,2%	10,2%	100,0%	

Deste modo, e após o relato da distribuição é possível concluir com base no teste Qui-quadrado que a incidência de sintomas depressivos variam em função do género [$\chi^2(2)=9,112;p=0,011$].

4.3.2.2. CDI e idade

A verificação de existência de significância entre a variável CDI total (sintomas depressivos que engloba a pontuação de todos itens que constituem o Inventário de depressão para crianças) com a variável idade, foi avaliada através do teste Mann-Whitney. Assim, e como é possível verificar pela tabela 28, apesar de existir alguma diferença entre as médias de ambos os grupos, 11-13 ($M=26,94$) e 13-17 ($M=31,34$), no que diz respeito à manifestação de sintomas depressivos essa diferença não é estatisticamente significativa ($U=314;W=485;p=0,197$).

Tabela 28:

Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a CDI segundo o idade

	Idade		U	W	P
	Categorizada				
	11-13	13-17			
	(n=18)	(n=41)			
	Ordem Média	Ordem Média			
CDI_categorizado	26,94	31,34	314,0	485,0	0,197

4.3.2.3. CDI e Institucionalização

Com o objetivo de avaliar a influência do local de residência, institucional ou familiar na manifestação de sintomas depressivos utilizou-se o teste de Mann-Whitney, bem como a comparação múltipla das médias de ordem, para se perceber em qual dos dois grupos (institucionalizado e não-institucionalizado) a manifestação de sintomas depressivos é mais incidente. Assim, verifica-se que a institucionalização tem um efeito estatisticamente significativo sobre a manifestação de sintomas depressivos ($U=308;W=773;p=0,006$). Assim, e de acordo com a média das ordens, as crianças institucionalizadas apresentam maior ordem média ($M=34,38$), apresentando estas mais tendência para a manifestação de sintomas depressivos, comparativamente com a ordem média das crianças não-institucionalizadas ($M=25,77$) (Tabela 29).

Tabela 29:

Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a CDI segundo o local de residência

	Local de residência		U	W	P
	Institucionalizado	Não-			
	(n=29)	institucionalizado			
	Ordem Média	(n=30)			
		Ordem Média			
CDI_categorizado	34,38	25,77	308,0	773,0	0,006

Perante a diferença estatística significativa encontrada, e para uma melhor avaliação da distribuição da manifestação de sintomas depressivos nos grupos institucionalizado ou não-institucionalizado, recorreu-se do teste Qui-Quadrado. Assim, da amostra total 59 sujeitos, 29 encontravam-se a viver em contexto institucional (49,2% da amostra total) e 30 sujeitos (50,8% da amostra total) encontravam-se a viver em contexto familiar.

Dentro do primeiro grupo referido, crianças institucionalizadas, 19 (32,2%), não apresentam indicadores de depressão, 4 crianças institucionalizadas (6,8%) revelam indicadores para a presença de depressão leve ou moderada, por fim, os restantes e os restantes 6 sujeitos (10,2% da amostra das crianças institucionalizadas) enquadram-se nos critérios de depressão severa.

No que diz respeito ao segundo grupo das crianças não-institucionalizadas, 28 crianças (47,5% da amostra) das 30 crianças não-institucionalizadas encontram-se na categoria ausência de depressão, as restantes 2 crianças não-institucionalizadas (3,4% da amostra) apresentam indicadores de depressão ligeira ou moderada (Tabela 30).

Tabela 30:
Tabela de contingência do CDI segundo o Local de Residência

			CDI			Total
			Ausência de Depressão	Depressão leve ou moderada	Depressão Severa	
Local de Residência	Institucionalizado	Frequência Observada	19	4	6	29
		% sem Inst.	65,5%	13,8%	20,7%	100,0%
		% sem CDI	40,4%	66,7%	100,0%	49,2%
		%Total	32,2%	6,8%	10,2%	49,2%
	Não Institucionalizado	Frequência Observada	28	2	0	30
		% sem género	93,3%	6,7%	,0%	100,0%
		% sem Inst.	59,6%	33,3%	,0%	50,8%
		%Total	47,5%	3,4%	,0%	50,8%
Total	Frequência observada	47	6	6	59	
	% sem Inst.	79,7%	10,2%	10,2%	100,0%	
	% sem CDI	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	79,7%	10,2%	10,2%	100,0%	

Por conseguinte, é possível afirmar que a manifestação de sintomas depressivos difere de forma estatisticamente significativa, do fato da criança viver em contexto institucional ou familiar [$\chi^2(2)=8,376;p=0,015$].

4.3.3. Questionário de Autoavaliação para crianças (YSR)

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

4.3.3.1. YSR e Género (Masculino e Feminino)

Para detetar diferenças significativas entre o género e a influência deste em pontuações mais elevadas nas subescalas Comportamento Antissocial, Problemas de Atenção, Isolamento, Queixas somáticas, utilizou-se o teste t-student.

Através deste, e tal como mostra a tabela 31, na subescala Comportamento Antissocial, os rapazes apresentam uma média ligeiramente mais elevada que as raparigas, no entanto esta diferença não é estatisticamente significativa ($t=0,639$; $p=0,53$).

Já, no que diz respeito, à escala Problemas de Atenção, pode verificar-se que as raparigas apresentam uma média superior aos rapazes nesta subescala, no entanto tende em conta o valor de significância exata bilateral que figura no valor 0,089, o que permite verificar que não existe evidência estatística para afirmar que as pontuações da subescala Problemas de Atenção variam consoante o género.

Na subescala do Isolamento, verifica-se que são as raparigas que apresentam maior média na pontuação nesta subescala comparativamente com os rapazes. Esta diferença entre pontuações nesta subescala é estatisticamente significativa ($t=-3,52$; $p=0,001$).

No que concerne à subescala Queixas somáticas, verificam-se diferenças estatisticamente diferentes entre os dois géneros ($t=-2,406$; $p=0,019$), sendo que as raparigas revelam média mais elevada que os rapazes nas pontuações destas subescalas.

Tabela 31:

Diferenças de médias, t-Student entre as subescalas YSR e a variável Género (Masculino e Feminino)

	Género	N	Média	T	P
YSR Comportamento Antissocial	Masculino	31	4,84	0,639	0,525
	Feminino	28	4,14		
YSR Problemas de Atenção	Masculino	31	8,29	-0,731	0,089
	Feminino	28	10,46		
YSR Isolamento	Masculino	31	5,97	-3,520	0,001
	Feminino	28	8,43		
YSR Queixas somáticas	Masculino	31	2,94	-2,406	0,019
	Feminino	28	4,68		

Por outro lado, para a se examinar a associação entre as outras subescalas do YSR, Ansiedade/Depressão e Problemas de pensamento esquizoide e a variável Género, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Assim sendo, verificou-se através da análise da tabela 32, que as

raparigas apresentam maior média de pontuações nas subescalas Ansiedade/Depressão e Problemas de pensamento esquizoide comparativamente com os rapazes, sendo estas diferenças estatisticamente significativas (Subescala Ansiedade/Depressão: $U=184$; $p=0,000$; Subescala Problemas de Pensamento Esquizoide: $U=230$; $p=0,002$).

Tabela 32:
Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para subescala YSR e Género

	Género		U	W	p (2-tailed)
	Masculino (n=31) Ordem Média	Feminino (n=28) Ordem Média			
YSR Ansiedade/Depressão	21,94	38,93	184	680	0,000
YSR Problemas de pensamento esquizoide	23,42	37,29	230	726	0,002

Pela tabela 33, pode verificar-se a nível Global que as raparigas apresentam maior média nas pontuações totais do questionário, comparativamente com os rapazes, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t=-2,674$; $p=0,010$).

Tabela 33:
Diferenças de médias, t-Student entre a YSR e a variável Género

	Masculino	Feminino	t	P
	N=31	N=28		
YSR Global	25,84	37,07	-2,674	0,010

4.3.3.2. YSR e Idade (Grupo 11-13 e Grupo 14-17)

Para a avaliação da influência da variável idade na diferença de média nas pontuações das subescalas Comportamento Antissocial, Problemas de Atenção, Isolamento, Problemas do pensamento esquizoide do YSR, procurou-se utilizar o teste t-student. Assim, foi possível verificar, e como se encontra visível na tabela 34, que as crianças do grupo de idades 14-17 revelam médias superiores nestas quatro subescalas no que diz respeito às pontuações, no entanto essa diferença de médias não é estatisticamente significativa.

Tabela 34:

Diferenças de médias, t-Student entre as subescalas YSR e a variável Idade

	Idade	N	Média	t	P
YSR Comportamento Antissocial	11-13	18	3,4444	-1,312	0,195
	14-17	41	4,9756		
YSR Problemas de Atenção	11-13	18	8,5000	-0,852	0,398
	14-17	41	9,6829		
YSR Isolamento	11-13	18	6,5000	-1,105	0,274
	14-17	41	7,4146		
YSR Problemas de Pensamento Esquizoide	11-13	18	2,3333	-0,709	0,481
	14-17	41	2,8780		

Relativamente às subescalas Ansiedade/Depressão e Queixas Somáticas, e no que diz respeito à ordenação das médias do grupo de idades 11-13 e do grupo de idade 14-17, pode verificar-se que o segundo grupo apresenta ordens de média superior em ambas as escalas comparativamente com o primeiro grupo de crianças. Aqui, utilizou-se, então, o Teste de Mann-Whitney, verificando-se ainda através da sua análise que não existe evidência estatística para afirmar que as pontuações nas subescalas Ansiedade/Depressão variam consoante a idade (Subescala Ansiedade/Depressão: $U=335$, $p=0,577$; Subescala Queixas Somáticas: $U= 277$; $p=0,126$) (Tabela 35).

Tabela 35:

Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para subescala YSR e Idade

	Idade		U	W	p (2-tailed)
	11-13 (n=18) Ordem Média	14-17 (n=41) Ordem Média			
YSR Ansiedade/Depressão	28,14	30,82	335,500	506,500	0,577
YSR Queixas Somáticas	24,89	32,24	277,000	448,000	0,126

Quanto à pontuação global no questionário YSR, e através da análise de um teste t-student, pode constatar-se que as crianças com idades compreendidas entre os 14-17 anos

de idade parecem apresentar médias mais elevadas que as crianças do primeiro grupo (11-17). Todavia, essas diferenças não são estatisticamente significativas, isto é a idade parece não influenciar a pontuação no questionário YSR ($t=-1,502;p=0,139$) (tabela 36).

Tabela 36:

Diferenças de médias, t-Student entre a YSR e a variável idade

	11-13	14-17		
	N=18	N=41	t	P
YSR Global	26,2222	33,3415	-1,502	0,139

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

Deste modo, para se verificar a existência de associação significativa entre o local de residência e as subescalas do YSR: Problemas de atenção, isolamento, Problemas esquizoides, optou-se pela utilização do teste t-student. Deste modo, pode verificar-se que a média das crianças institucionalizadas ($M=10,97$), nas dimensões da escala Problemas de Atenção, é superior à das crianças não-institucionalizadas ($M=7,73$), verificando que esta diferença é estatisticamente significativa ($t=2,66;p=0,010$).

Já, no que diz respeito à subescala Problemas Esquizoides, verifica-se também uma média superior nas crianças institucionalizadas ($M=3,5517$) comparativamente com as não-institucionalizadas ($M=1,90$), sendo que se verifica, aqui, evidência estatística ($t=2,44;p=0,018$).

Por sua vez, no que diz respeito, à subescala Isolamento, as crianças institucionalizadas ($M=7,86$) revelam pontuações superiores às crianças não-institucionalizadas ($M=6,43$) no entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa pela análise do teste t-student ($t=1,91;p=0,061$) (tabela 37).

Quanto ao efeito do Local de Residência sobre às subescalas Comportamento Antissocial, Ansiedade/Depressão e Queixas Somáticas, decidiu-se optar pela utilização do teste não paramétrico correspondente ao teste t-student, o Teste Mann-Whitney, uma vez que não se encontraram reunidas as condições necessárias para amostras de um teste paramétrico.

Deste modo, a ordenação das médias das crianças institucionalizadas é superior à das crianças não institucionalizadas no que diz respeito à subescala Comportamento Antissocial, Ansiedade/Depressão e Queixas Somáticas, o que pode indicar que essas crianças manifestam mais comportamentos antissociais, mais sintomatologia ansiosa e/ou depressiva e manifestação de queixas somáticas. Pode verificar-se ainda, e através dos valores de significância exata bilateral correspondentes que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações nestas subescalas diferem consoante o local de residência

(Comportamento Antissocial: U=104, p=0,000), (Ansiedade/Depressão: U= 737; p=0,012) Queixas Somáticas: U=757; p=0,029) (Tabela 38).

Tabela 37:

Diferenças de médias, t-Student entre as subescalas YSR e a variável Local de Residência

	Local de Residência	N	Média	t	P
YSR Problemas de Atenção	Institucionalizado	29	10,97	2,66	0,010
	Não-Institucionalizado	30	7,73		
YSR Isolamento	Institucionalizado	29	7,86	1,91	0,061
	Não-Institucionalizado	30	6,43		
YSR Problemas de Pensamento Esquizoide	Institucionalizado	29	3,5517	2,44	0,018
	Não-Institucionalizado	30	1,9000		

Tabela 38:

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

	Local de Residência		U	W	P (2-tailed)
	Institucionalizado (n=29) Ordem Média	Não-Institucionalizado (n=30) Ordem Média			
YSR Comportamento Antissocial	41,43	18,95	103,50	568,50	0,000
YSR Ansiedade Depressão	35,64	24,55	271,500	736,50	0,012
YSR Queixas Somáticas	34,93	25,23	292,000	757,00	0,029

Por fim, no que diz respeito à variável Global do Questionário de autoavaliação para Crianças, isto é a soma de todas as pontuações de todas as subescalas, pode constatar-se que as crianças institucionalizadas apresentam maior média do que as crianças não-

institucionalizadas, o que se pode traduzir-se num maior manifestação de psicopatologia. Esta diferença é estatisticamente diferente, o que pode levar a concluir que a pontuação total da escala diferem consoante o local de residência (Tabela 39).

Tabela 39:

Diferenças de médias, t-Student entre a YSR e a variável Local de Residência

	Institucionalizado	Não Institucionalizado	T	P
	N=29	N=30		
YSR Global	39,3448	23,2667	4,114	0,000

4.3.4. Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL)

No presente estudo, procurou-se ainda, avaliar e descrever as competências sociais e os problemas de comportamento de crianças e adolescentes através da perspectiva dos pais ou dos seus substitutos, utilizando-se para tal o Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL). Este Inventário à semelhança do interior é constituído por diversas subescalas, Oposição/ Imaturidade (1), Agressividade (2), Problemas de atenção/ Hiperatividade (3), Depressão (4), Problemas Sociais (5), Queixas somáticas (6), Isolamento (7), Ansiedade (8) e Obsessivo/ Esquizoide (9).

4.3.4.1. CBCL e Idade

A significância da diferença de médias entre as pontuações nas subescalas, Agressividade, Depressão, Problemas Sociais, Isolamento, Ansiedade, Comportamento Obsessivo-Compulsivo, do CBCL com a idade, Grupo 11-13 e Grupo 14-17, foi avaliada com o teste t-Student para amostras independentes. Através da análise deste verifica-se que as crianças do grupo de idades compreendidas entre os 11-13, apresentam médias elevadas nestas seis subescalas comparativamente com o grupo com idades entre os 14-17. No entanto, não foi possível confirmar que essa diferença de médias seja estatisticamente significativa, como pode verificar-se pelos níveis de significância para cada subescala apresentados na tabela 40.

Tabela 40:

Diferenças de médias, t-Student entre as subescalas CBCL e a variável Local de idade

	Idade	N	Média	T	P
CBCL Agressividade	11-13	18	2,5000	0,385	0,702
	14-17	41	2,1463		
CBCL Depressão	11-13	18	1,6667	0,619	0,539
	14-17	41	1,2927		
CBCL Problemas Sociais	11-13	18	1,7222	0,084	0,933
	14-17	41	1,6829		
CBCL Isolamento	11-13	18	2,6667	0,621	0,537
	14-17	41	2,3415		
CBCL Ansiedade	11-13	18	1,5556	0,346	0,730
	14-17	41	1,3659		
CBCL Obsessivo- Compulsivo	11-13	18	2,0556	0,692	0,492
	14-17	41	1,5122		

Para avaliar se a variável Idade influenciou significativamente maior ou menor pontuação nas subescalas Oposição/Imaturidade, Hiperatividade, Queixas Somáticas invocou-se o teste não-paramétrico correspondente ao t-student, o Teste Mann-Whitney, seguido da comparação múltipla das médias das ordens. De acordo com a comparação múltipla de média das ordens, as crianças do primeiro grupo de idades (11-13) apresentam pontuações em todas as escalas superiores ao grupo das crianças dos 14-17. Todavia essa diferença de médias não é estatisticamente significativa (Oposição/Imaturidade:U=259,5;p=0,68; Hiperatividade:U=306,5;p=0,300; Queixas Somáticas:U=286,5;p=0,94).

Tabela 41:

Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para subescala CBCL e Idade

	Idade		U	W	P (2-tailed)
	11-13 (n=18) Ordem Média	14-17 (n=41) Ordem Média			
CBCL Oposição/Imaturidade	36,08	27,33	259,500	1120,500	0,068
CBCL Hiperatividade/Problemas de atenção	33,47	28,48	306,500	1167,500	0,300

CBCL	34,58	27,99	286,500	1147,500	0,94
Queixas Somáticas					

Relativamente, à significância da diferença de médias entre CBCL Global (nota total dos valores brutos de todos os itens) com Idade, e através teste *t*-Student para amostras independentes, pode observar-se que as crianças com idades entre os 11-13 apresentam média mais elevada que as crianças do grupo dos 14-17 anos. Por sua vez, e de acordo com o teste *t*-Student as diferenças observadas entre a variável CBCL Global e os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t=1,379$; $p=0,173$) (Tabela 42).

Tabela 42:

Diferenças de médias, *t*-Student entre a CBCL e a variável idade

	11-13	14-17		
	N=18	N=41	t	P
CBCL Global	23,5000	17,0732	1,379	0,173

4.3.4.2. CBCL e Género

Com o objetivo de avaliar se o Género (masculino e feminino) influencia significativamente a as pontuações em algumas subescalas do CBCL, nomeadamente a Oposição/Imaturidade, Agressividade, Hiperatividade/Problemas de Atenção, Problemas Sociais, Queixas Somáticas, Isolamento, valeu-se do teste paramétrico *t*-student. A partir da comparação de médias em função de cada subescala, foi possível perceber que para todas as subescalas referidas anteriormente as raparigas apresentam maior média comparativamente com os rapazes, sendo esta diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à Subescala Oposição/Imaturidade ($t=-2,038$; $p=0,046$) e Problemas Sociais ($t=-2,987$; $p=0,004$) (Tabela 43).

Tabela 43:

Diferenças de médias, t-Student entre as subescalas CBCL e a variável Género

	Género	N	Média	t	P
CBCL Oposição/Imaturidade	Masculino	31	3,1290	-2,038	0,046
	Feminino	28	5,3571		
CBCL Agressividade	Masculino	31	2,0000	-0,634	0,529
	Feminino	28	2,5357		
CBCL Hiperactividad/Problemas de atenção	Masculino	31	2,7097	-1,842	0,071
	Feminino	28	4,0714		
CBCL Problemas Sociais	Masculino	31	1,1290	-2,987	0,004
	Feminino	28	2,3214		
CBCL Queixas Somáticas	Masculino	31	0,3871	-1,448	0,153
	Feminino	28	0,8214		
CBCL_Isolamento	Masculino	31	2,1935	-1,087	0,282
	Feminino	28	2,7143		

Para avaliar a relação entre o Género e a pontuação nas subescalas Depressão, Ansiedade e Comportamentos Obsessivo-Compulsivos, recorreu-se a utilização do Teste Mann-Whitney, teste não-paramétrico correspondente ao teste t-student. Aqui, e através da tabela 44, pode constatar-se que as raparigas e através da comparação múltipla das médias das ordens, apresentam scores mais elevados que os rapazes nas três subescalas, todavia não se verifica evidência estatística para afirmar que as pontuações nestas subescalas diferem consoante género.

Tabela 44:

Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para subescala CBCL e Género

	Idade		U	W	P (2-tailed)
	Masculino (n=31) Ordem Média	Feminino (n=29) Ordem Média			
CBCL Depressão	26,94	33,39	339,000	835,000	0,128
CBCL Ansiedade	28,19	32,00	378,000	874,000	0,373
CBCL Obsessivo Compulsivo	28,61	31,54	391,000	887,000	0,479

Por fim de modo global, procurou-se através da utilização do teste t-student, verificar a influência da variável género na pontuação total do inventário CBCL, isto é a soma das pontuações de todos os itens constituintes da amostra. Assim, a tabela 45, mostra a diferença de médias entre as crianças do género masculino ($M=14,77$) e o género feminino ($23,75$), podendo observar-se que as raparigas revelam resultados superiores comparativamente aos rapazes no inventário. É ainda de realçar que esta diferença de médias é estatisticamente significativa ($t=-2,136; p=0,037$), isto é, parece que a variável género faz diferir as pontuações totais do CBCL (CBCL-Global).

Tabela 45:

Diferenças de médias, t-Student entre a CBCL global e a variável género

	Masculino	Feminino		
	N=31	N=28	T	P
CBCL Global	14,7742	23,7500	-2,136	0,037

4.3.4.3. CBCL e Institucionalização

A significância da diferença de médias entre as subescalas do CBCL, nomeadamente Hiperatividade/Problemas de Atenção, Problemas Sociais e Isolamento com o Local de Residência (Institucionalizado e não-institucionalizado), foi avaliada com o teste t-Student para amostras independentes. Assim, em todas estas subescalas as crianças não-institucionalizadas revelam maior média que as crianças institucionalizadas. Assim e de acordo com o teste t-student, estas diferenças observadas entre as subescalas Hiperatividade/Problemas de Atenção ($t=-2,266; p=0,027$), Problemas Sociais ($t=-4,945, p=0,000$) e Isolamento ($t=-5,795, p=0,00$) nos dois grupos são estatisticamente significativas (tabela 46).

Tabela 46:

Diferenças de médias, t-Student entre as subescalas CBCL e a variável Local de Residência

	Local de Residência	N	Média	t	P
CBCL Hiperatividade	Institucionalizado	29	2,5172	-2,266	0,027
	Não-Institucionalizado	30	4,1667		
CBCL Problemas Sociais	Institucionalizado	29	0,7931	-4,945	0,000
	Não-Institucionalizado	30	2,5667		

Isolamento	Institucionalizado	29	1,3103	-5,795	0,000
	Não-Institucionalizado	30	3,5333		

Com o objetivo de avaliar a influência do local de residência, institucional ou familiar (não-institucional) utilizou-se o teste de Mann-Whitney, bem como a comparação múltipla das médias de ordem, para se perceber em qual dos dois grupos (institucionalizado e não-institucionalizado) a manifestação de sintomas relativos às subescalas Oposição/Imaturidade, Agressividade, Depressão, Queixas Somáticas, Ansiedade, Comportamento Obsessivo-Compulsivo é mais incidente. Assim, e através da comparação de ordem de médias é possível verificar que para todas as subescalas referidas, as crianças não-institucionalizadas apresentam maior ordem de médias que as crianças institucionalizadas.

Assim, no que diz respeito à subescala Oposição/Imaturidade, a diferença entre as crianças institucionalizadas e não-institucionalizadas é estatisticamente diferente (U=177;p=0,000). Por sua vez, no que diz respeito à subescala Depressão, verificou-se que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações nesta subescala diferem consoante o local de residência (U=191;p=0,000).

Nas restantes subescalas, verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (institucionalizado e não-institucionalizado) e as pontuações em cada subescala, na escala Queixas Somáticas (U=200;p=0,000), subescala Ansiedade (U=235;p=0,001) e por fim, subescala Obsessivo-Compulsivo (U=158;p=0,000).

Por fim, no que diz respeito à subescala Agressividade, e à exceção de todas as outras subescalas, aqui apesar das crianças não-institucionalizadas apresentarem ordem das médias mais elevada comparativamente com as crianças institucionalizadas, no entanto esta diferença não é estatisticamente significativa (U=371;p=0,306) (Tabela 47).

Tabela 47:

Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para subescala CBCL e Local de residência

	Local de residência		U	W	P (2-tailed)
	Institucionalizado (n=29) Ordem Média	Não-institucionalizado (n=30) Ordem Média			
CBCL Oposição/Imaturidade	21,09	38,62	176,500	611,500	0,000
CBCL Agressividade	27,79	32,13	371,000	806,000	0,306
CBCL_Depressão	21,59	38,13	191,000	626,000	0,000
CBCL_ Queixas_Somáticas	21,88	37,85	199,500	634,500	0,000
CBCL_Ansiedade	23,10	36,67	235,000	670,000	0,001
CBCL_Obsessivo_Compulsivo	20,43	39,25	157,500	592,500	0,000

Por fim, procurou-se verificar a influência da variável Local de residência na pontuação global do CBCL, e inicialmente através da comparação das médias pôde observar-se que aqui as crianças que vivem em contexto familiar apresentam uma média superior que as que residem em contexto institucional. Por fim, e para verificar a evidência estatística da diferença entre os grupos, optou-se pela utilização do teste t-student, tendo-se confirmado essa evidência ($t=-4,197$; $p=0,000$), ou seja parece que as pontuações da escala Global do CBCL diferem conforme o Local de Residência .

Tabela 48:

Diferenças de médias, t-Student entre a CBCL e a variável Local de Residência

	Institucionalizado	Não- Institucionalizado	t	P
	N=29	N=30		
CBCL Global	10,8966	26,9000	-4,197	0,000

Capítulo V. Discussão

Introdução

Os objetivos do presente estudo passavam por escrutinar a manifestação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados, avaliar os problemas comportamentais e emocionais das crianças através da perspectiva da própria criança e dos pais ou seus substitutos e por fim, perceber o nível de satisfação de vida dessas crianças.

Para tal, e tendo em conta os resultados obtidos, foi possível perceber que existem diferentes padrões na manifestação de sintomas depressivos, problemas de comportamento e emocionais e satisfação de vida segundo variáveis sócio-demográficas: Género, Idade e Local de Residência, todavia isto não se verificou com todas as variáveis estudadas.

Assim, em algumas situações os resultados apresentados e obtidos estão em conformidade com o estado de arte, contudo outros não. Deste modo revela-se necessária a confrontação dos mesmos resultados com a bibliografia existente para uma compreensão mais aprofundada e detalhada das conclusões encontradas.

5.1. Inventário de Depressão para Crianças

Inicia-se aqui a discussão dos resultados obtidos tendo em conta os resultados obtidos segundo as variáveis sócio-demográficas analisadas no que diz respeito ao Inventário de Depressão para Crianças. É de referir que apenas serão, aqui, aprofundados os resultados onde a existência de evidência estatística foi confirmada.

Assim pôde verificar-se, um índice de 10,2% do total da amostra com scores significativos para depressão que é semelhante aos índices apontados pela literatura, que variam entre 4% a 12,4% em crianças e adolescentes (Bahls, 2002b; Calles, 2007).

Especificamente e no que diz respeito à influência da variável género na manifestação de sintomas depressivos, constatou-se aqui que as raparigas indicam médias mais elevadas que os rapazes, tal como confirmado em outros estudos. Assim, diversos estudos encontraram resultados congruentes com os aqui apresentados, onde também verificaram a existência de uma média superior nas meninas comparativamente aos rapazes, considerando então que a variável género é condicionadora dos níveis de depressão em crianças (Barbosa, Dias, Gaião & Di Lorenzo, 1996; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Boughton & Street, 2007; Magalhães, 2012).

No entanto, a literatura existente aponta também para algumas divergências no que diz respeito à prevalência dos sintomas depressivos no que diz respeito ao género. Alguns autores consideram que é a partir da adolescência que as meninas começam a apresentar mais sintomas depressivos que os rapazes, constituindo a puberdade pois até lá essa diferença é um pouco confusa (Ialongo, McCreary, Pearson, Koenig, Schmidt, Poduska & Kellam, 2004; Cruvinel & Boruchovitch, 2008).

No entanto, e tal como referido, as meninas parecem revelar maior predisposição para a depressão. Assim e de acordo com Kristensen, Oliveira e Flores (2000, cit. in Dell’Aglío

& Hutz, 2004), a superior manifestação de sintomas depressivos em raparigas, pode dever-se a determinados fenómenos mais frequentes nesta população, como violência doméstica, abuso sexual e negligência. Já, Harrington (1995), considerou em seus estudos que esta prevalência pode dever-se ao facto das raparigas lidarem com as suas emoções de forma distinta que os rapazes. Assim estas frequentemente manifestam mais sentimentos depressivos como tristeza, choro e desânimo, sendo que os rapazes utilizam outro tipo de estratégias para lidar com esses sentimentos como é o caso da distração.

Assim, outros autores consideram que essa predisposição feminina para manifestar mais sintomas depressivos advém de acontecimentos de stress intimamente associados à depressão e mais comuns no género feminino. Considera-se, também, que os fatores psicológicos e sociais têm influência significativa na diferença entre os géneros nos transtornos depressivos e de ansiedade. Deste modo, as raparigas tendem a considerar a existência de mais situações stressantes, algumas reais outras percebidas, comparativamente com os rapazes (Patel, 2001; Mirowsky & Ross, 1989, cit. in Kessler, 2003).

Tal como referido anteriormente, alguns estudos confirmaram o impacto da variável género na manifestação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes, no entanto outros estudos sugerem que esta variável não se revela influenciadora dos níveis de depressão nas crianças (Pracana & Santos, 2010). Apesar da falta de consenso entre os estudos relativamente à influência do género na manifestação de sintomas depressivos, é possível aceitar-se, e a confirmar pela presente investigação, que as raparigas apresentam maior sintomatologia depressiva.

Em relação aos contextos de desenvolvimento, isto é à variável Local de Residência (Institucionalizado ou Não-Institucionalizado), foram observadas maiores pontuações no CDI entre o grupo das crianças institucionalizadas. Estes resultados corroboram os resultados obtidos em outros estudos realizados acerca da influência da variável Local de Residência na depressão nas crianças (Siqueira & Dell’Aglío, 2006; Wathier & Dell’Aglío, 2007; Shechory & Sommerfield, 2007).

Esta diferença pode dever-se ao facto de as crianças institucionalizadas terem passado possivelmente por mais eventos stressores relacionados com o afastamento da família, como violência, maus tratos, perda dos pais, falta de apoio familiar (Merikangas & Angst, 1995).

Apesar da institucionalização procurar proporcionar um espaço seguro e protetor, esta é inevitavelmente associada à rutura de vínculos e a situações de violência. Então, em qualquer idade, o processo de institucionalização tem sido descrito como uma experiência humana potencialmente stressante, uma vez que provoca, assim, bastantes mudanças na vida e na rede de apoio social e afetivo da crianças (Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006).

Tal como considera Cavalcante, Magalhães e Pontes (2009), nos primeiros anos de vida, a institucionalização pode provocar acarretar graves sequelas emocionais e sócio-afetivas, uma vez que a criança é retirada do seu meio natural. Assim, sabe-se que as crianças institucionalizadas que foram afastadas dos seus pais, tendem a manifestar muitas

vezes comportamentos desajustados, o que poderá, já, constituir uma precoce evidência de sintomatologia depressiva, como consequência das suas vivências, sendo que acabam por expressar falta de interesse nas suas atividades diárias, tristeza, isolamento, pobre relacionamento com seus pares, perda de confiança e autoestima (Cole, Tram, Martin, Hoffman, Ruiz, Jacquez & Maschman, 2002; Cash, 2004; Kennedy, 2004).

Perante este panorama, é natural que a criança possa ter pensamentos negativos perante si própria, perante os outros, perante a vida e ainda perante o mundo em geral. Para estas crianças, esses o constante falta de interesse pelas atividades do dia a dia, os pensamentos e sentimentos de tristeza, culpa, o isolamento social, acabam por constituir se muito frequentes, um padrão com características depressivas (Magalhães, 2012).

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

5.2. Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças (EMSVC)

De modo global e da análise da EMSVC foi possível constatar que os rapazes parecem revelar mais satisfação com a vida comparativamente às raparigas, que o grupo dos 11-13 apresenta valores mais elevados de satisfação de vida comparando com o grupo dos 14-17. No entanto, quanto à satisfação de vida não foi verificada evidência estatística nem por género, nem por idade.

Estes resultados vão de encontro, ao obtidos por Siqueria e Dell’Aglío (2010) e Siqueira (2009) que em seus estudos concluíram que não existiram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à influência da variável género e idade na satisfação de vida. Todavia na presente investigação, apesar de as diferenças entre as idades não serem significativas verificou-se uma média global superior nas crianças do grupo 1, 11-13, comparativamente com as crianças do grupo dos 14-17.

Uma vez mais estes resultados são corroborados pelos obtidos no estudo de Siqueria e Dell’Aglío (2010), uma vez que estes verificaram existir uma correlação negativa entre a média total da escala e idade, sendo que quanto maior a idade, menor a média total da EMSVC, e conseqüentemente menor a perceção de satisfação de vida. Segundo o autor citado, este facto pode dever-se à maior capacidade por parte dos adolescentes de avaliar a situação pela qual estão a passar de forma mais refletida e crítica do que as crianças mais novas.

Por outro lado, o estudo permitiu ainda verificar que as crianças não-institucionalizadas tendem a ter uma perceção global mais positiva da sua vida, dos seus contactos e do mundo em geral, isto é manifestam também uma maior satisfação de vida comparativamente com as crianças institucionalizadas. No entanto, essa diferença é apenas ligeira, não sendo estatisticamente significativa.

Este conclusão vai de encontro ao verificado por Chapman, Wall e Barth (2004), que no seu estudo sobre a perceção das crianças em relação às suas experiências de acolhimento,

constatou que as crianças em acolhimento com familiares estavam um pouco mais satisfeitas do que as crianças em outros tipos de acolhimento (famílias de acolhimentos e acolhimento institucional).

Contraopondo, num estudo realizado por Siqueira, Betts e Dell’Aglío (2006), acerca da percepção de adolescentes institucionalizados, quanto às suas redes de apoio social e afetivo, foi possível verificar que as crianças que viviam em acolhimento apresentaram em média superior de contactos satisfatórios comparativamente com as crianças que residem em dos dos contexto familiar (Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006).

Assim, e tendo em conta esta discordância, é de referir que se sabe que o impacto da institucionalização depende das características da instituição que acolhe, do meio envolvente mas também das próprias crianças. Deste modo, diversos autores referem que as percepções das crianças na entrada na instituição são geralmente negativas marcadas por sensações de confusão, tristeza e medo, percepção esta que progressivamente vai mudando à medida que a adaptação das crianças se vai realizando (Faria, Salgueiro, Trigo & Alberto, 2008; Alberto, 2002, cit. in Carvalho & Manita, 2010).

Assim, a satisfação de vida das crianças e adolescentes perante a institucionalização, bem como o seu ajustamento psicológico parece estar relacionada com as relações interpessoais estabelecidas entre estes eles, bem como com as relações que estabelecem com os seus cuidadores principais (Chapman, Wall & Barth, 2004; Legault, Anawati & Flynn, 2006).

Contrastando, a ligeira diferença entre a satisfação de vida em crianças institucionalizadas e não-institucionalizadas pode, então, sugerir que as condições de vida atuais desses jovens nas instituições de acolhimento proporcionam-lhes bem-estar e satisfação de vida.

Isto é, segundo Siqueira e Dell’Aglío (2010), na instituição as crianças têm, muitas vezes, acesso a condições de vida que não teriam continuassem com as suas famílias, como a educação, lazer, apoio e suporte social, afastando-as de situações potencialmente stressantes, como maus tratos físicos e psicológicos, negligência e abandono que os conduziram à institucionalização.

5.3. Questionário de Autoavaliação para crianças e Inventário do Comportamento da Criança para Pais

Um outro objetivo desta investigação passou por avaliar o comportamento e problemas da criança através do seu ponto de vista e dos seus pais ou substitutos. Para tal utilizou-se o questionário de autoavaliação para crianças (YSR) e o Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL).

No que diz respeito, à variável Género, as respostas das crianças e dos pais/substitutos estão em concordância segundo ambos, pode verificar-se que no global, as raparigas revelam uma maior média de problemas de comportamento comparativamente com os rapazes, sendo essa diferença estatisticamente significativa. Estes mesmos resultados foram, também, comprovados por Predebon e Wagner (2005) em seu estudo, onde se

verificou que as mulheres apresentavam scores mais elevados nos problemas de comportamento a nível global, sendo que esta diferença foi também estatisticamente significativa.

Especificamente, e de acordo com o YSR, no que diz respeito às subescalas, pôde verificar-se, uma vez mais que as raparigas pontuam mais alto na escala problemas de atenção, isolamento queixas somáticas, ansiedade e problemas de comportamento esquizóide, sendo esta diferença estatisticamente significativa. No entanto, os rapazes pontuam mais alto na escala do comportamento Antissocial.

Estes resultados vão de encontro a outros obtidos em diversos estudos que mostram a existência diferenças significativas quanto ao sexo e aos problemas de comportamento na adolescência. Assim, e à semelhança do presente estudo, constata-se que geralmente as mulheres, se comparadas aos homens, apresentam maiores índices nos problemas de internalização (como a depressão e sintomas somáticos), por sua vez os rapazes parecem apresentar índices mais significativos no que diz respeito ao comportamento antissocial, problemas de externalização (Sawyer, Arney, Baghurst & Clark, 2001; Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997; Silva & Hutz, 2002, *cit. in* Predebon & Wagner, 2005).

Contrariamente, Lambert, Lyubansky e Achenbach (1998), concluíram em seus estudos que os homens apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que as mulheres nos problemas de atenção e comportamentos antissociais. No entanto, encontraram relativamente às mulheres resultados semelhantes aos obtidos na presente investigação, constatando que as mulheres apresentam pontuações significativamente maiores do que os homens nas queixas somáticas, ansiedade e depressão.

Todavia e contrastando, de acordo com um estudo longitudinal realizado com 601 crianças, verificou-se e segundo os pais que a prevalência de problemas no total e de problemas externalizantes durante o período de avaliação, sofreram um decréscimo significativo (Anselmi, Barros, Teodoro, Piccini, Menezes & Rohde, 2007).

Especificamente, neste estudo verificou-se aqui, e através da análise do CBCL, algumas diferenças comparativamente ao referido pelas crianças no YSR, no que diz respeito às subescalas. Deste modo, constatou que as raparigas pontuam mais alto em todas as subescalas, Oposição/Imaturidade, Agressividade, Hiperatividade/Problemas de Atenção, Problemas Sociais, Queixas Somáticas, Isolamento, Depressão, Ansiedade e Comportamentos Obsessivo-Compulsivos, comparativamente com os rapazes. No entanto essas diferenças são apenas significativas no que diz respeito à subescala Oposição/Imaturidade e Problemas Sociais.

De modo geral, e no que diz respeito à variável género, pode dizer-se que os resultados obtidos vão de encontro aos já verificados em outros estudos, que mostram que os rapazes apresentaram mais sintomas externalizadores do que as raparigas, comportamentos antissocial e agressividade (Eisenberg, Cumberland, Spinrad, Fabes, Shepard, Reiser, Murphy, Losoya, & Guthrie, 2001; Chang, Schwartz, Dodge & McBride-Chang, 2003).

Contrariamente, ao verificado neste estudo, Melo (2005), defende que as mulheres apresentam por vezes menos problemas de comportamento do que os rapazes devido à sua forte capacidade de regulação emocional uma vez que as raparigas apresentaram melhores resultados ao nível do controlo por esforço. Esta hipótese não se afirmou nesta investigação uma vez que em ambos os questionários e de acordo com distintos informadores as raparigas pontuaram mais alto de modo global comparativamente com os rapazes.

Através da análise do YSR, e à influência da variável idade na manifestação de problemas de comportamento, pôde observar-se que é o grupo das crianças com idades compreendidas entre os 14-17 que revelam maiores problemas de comportamento de acordo com a análise global do questionário, comparativamente com o grupo de idades entre os 11-13, no entanto essas diferenças não são estatisticamente significativas, não se podendo afirmar com certeza que a idade tem influencia na manifestação de problemas de comportamento.

Esta diferença apesar de não ser significativa, pode dever-se ao facto do grupo dos 14-17, estar numa fase ativa da sua adolescência, marcada por muitas mudanças a nível mental, físico e até social, o que os leva muitas vezes a expressar ou lidar com as suas emoções de uma forma um pouco desadaptativa.

Num estudo realizado por King e Chassin (2008), verificou-se que os eventos traumáticos para as crianças, separação dos pais, maus tratos, intensificam as manifestações depressivas e de comportamento agressivo na adolescência. Um outro estudo internacional, em relação à adolescência verificou-se que a manifestação de problemas de internalização associam-se a situações traumáticas de perdas e separações das figuras parentais (Waaktar, Borge, Fundingsrud, Christie & Torgesen, 2004).

Em contrapartida, os resultados obtidos a partir do CBCL, do ponto de vista dos pais ou seus substitutos, relativamente à influência da idade no índice de problemas de comportamento, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no entanto, segundo a perceção dos pais são as crianças do primeiro grupo 11-13 que apresentam maiores valores de problemas comparativamente com as crianças dos 14-17.

Contrapondo, e de acordo com Murad e colaboradores (2003), Estouthamer-Loeber (1998) para além do género, também existe considerável evidência estatística que confirma a influência da idade nos problemas de comportamento (Predebon & Wagner, 2005).

Diversos são os estudos que têm também associado problemas de comportamento e variáveis do ambiente familiar têm sido consistentemente verificadas. Assim, de acordo com Bee (1996) e Goodman e Scot (2005) citados por Assis, Avanci, Pesce e Ximenes, 2009, referem que a quantidade ou qualidade de eventos de vida negativos da vida da criança, provenientes do seu ambiente familiar, têm sido consideradas como particularmente prejudiciais ao desenvolvimento infantil, constituindo uma fator predisponente a problemas de comportamento.

Assim, o ambiente em que a criança está inserida, influencia o seu desenvolvimento. Neste caso em concreto, procurou avaliar-se, se o fato das crianças residirem em contexto

familiar ou instituição, influencia elativamente à influência do local de residência na manifestação de comportamentos problemáticos, os resultados dos dois questionários YSR e CBCL são completamente divergentes.

Deste modo, a partir da percepção das crianças, foi possível constatar-se que as crianças institucionalizadas revelam pontuações superiores no global e estatisticamente significativas comparativamente com as crianças não-institucionalizadas. Isto pode dever-se, e como foi referido anteriormente a eventos de vida negativos a nível familiar que essas crianças poderão ter passado, influenciando assim as suas respostas.

Verificou-se, então, que as crianças institucionalizadas apresentam pontuações superiores e estatisticamente significativas no que diz respeito à subescala problemas de atenção, problemas de comportamento esquizóide, comportamento antissocial, ansiedade, depressão e queixas somáticas. Apenas relativamente à subescala Isolamento, é que não podemos assumir com total confiança que o local de residência tem influencia ou não no isolamento da criança.

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

Estes resultados vão de encontro aos obtidos num estudo realizado por Wathier e Dell'Aglio (2007) com 257 crianças, sendo que destes 130 residiam em contexto institucional, verificou-se uma maior frequência de eventos stressores está intimamente relacionada com a manifestação de sintomas depressivos. Assim, os autores verificaram que o grupo das crianças grupo de jovens em situação de acolhimento e, portanto que, passaram por rompimentos de laços familiares, apresentou maior incidência de sintomas.

Também, King e Chassin (2008) em seu estudo, referem que os eventos traumáticos não somente intensificam as manifestações depressivas e de comportamento agressivo na adolescência. Outros estudos corroboram os resultados concluindo que as crianças institucionalizadas revelaram maiores níveis de sintomas e perturbações internalizantes (Ansiedade e Depressão), bem como problemas externalizantes (problemas de atenção, oposição, comportamento opositor e desafiador) comparativamente com as crianças que vivem em contexto familiar (Zeanah et al., 2009; Bos et al., 2011).

Por outro lado, através dos resultados obtidos a partir do CBCL, verifica-se que são as crianças não-institucionalizadas que revelam pontuações elevadas comparativamente com as crianças institucionalizadas, na escala global sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Aqui, a incongruência verificada, no que diz respeito aos resultados globais obtidos pelo YSR e CBCL tendo em conta a variável local de residência, pode dever-se por exemplo à variabilidade do comportamento, falta de acesso do informador a certos comportamentos das crianças ou à negação por parte da criança, dos pais ou substitutos dos seus problemas (Mash & Dozois, 1996, *cit. in* Soares, 2000).

Críticas ao estudo e Limitações

Numa primeira instância considera-se que a opção por esta temática considera-se aqui uma boa escolha, uma vez que existe uma vasta literatura relacionada ao tema, uma vez que se revela essencial estudar os efeitos da institucionalização no seu desenvolvimento individual. Estes dados poderão então fornecer-nos linhas orientadoras de prevenção e intervenção junto das crianças e adolescentes institucionalizados, neste caso no que diz respeito à manifestação de sintomas depressivos, o que é de todo pertinente.

Um outro aspeto a realçar no estudo é a escolha de um protocolo de instrumentos vasto, a adoção de um instrumento de avaliação de sintomatologia depressiva simples, de fácil preenchimento e compreensão, o CDI, a opção por uma escala que avalie a componente de satisfação de vida destas crianças também esta de fácil entendimento, e por fim, a utilização Modelo multiaxial de Achenbach, mais concretamente o YSR, CBCL e TRF, versões portuguesas, que conjuga os dados de vários intervenientes (Criança, pais/substitutos e professores) o que acaba por fornecer um conjunto de informações mais completo e detalhado acerca da institucionalização e dos seus potenciais feitos, bem como permitir uma maior compreensão acerca desta realidade.

No entanto, e como uma limitação do estudo, não foi possível considerar para a análise os dados recolhidos através do TRF, uma vez que muitos dos questionários entregues as professores para o preenchimento e colaboração não foram devolvidos.

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

Como limitação generalizável à maioria dos estudos, considera-se a amostra reduzida, uma vez que esta poderá não ser representativa da população em estudo (Crianças institucionalizadas), uma vez que se centra essencialmente no estudo de de crianças acolhidas em duas instituições da Beira Baixa (Casa do Menino Jesus-Covilhã; Abrigo de S.José-Fundão). Assim, esta amostra constitui apenas uma ínfima parte de toda a população de crianças institucionalizadas no país, o que poderá não ser generalizável nem representará com segurança todos os sujeitos.

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

Propostas Futuras

Como uma proposta interessante seria dar continuidade a este trabalho, aumentar o conhecimento nesta área, possibilitando o estudo do desenvolvimento de crianças noutros

contextos institucionais, tentando perceber as suas características e funcionamento, para deste modo poder prevenir e intervir se necessário perante possíveis problemáticas existentes.

Assim e tendo em conta a reduzida amostra como referido, sugere-se, aqui, para investigações futuras, o alargamento a uma amostra maior, assim como, a utilização de um design longitudinal, onde se analisa-se as mesmas crianças e jovens quando dão entrada na instituição, durante a permanência na instituição e ainda no momento de saída da instituição, para deste modo, ser possível investigar o seu desenvolvimento individual ao longo do tempo, melhorias e decréscimos.

Temáticas como a influência do motivo do acolhimento (Negligência, Abandono, Maus-tratos Físicos e Psicológicos, entre outros) e tempo de institucionalização, que não foram tratados neste estudo, e a sua influência no desenvolvimento individual de cada criança, poderiam ser investigadas.

Por outro lado, perceber por exemplo, a influência dos diferentes tipos de instituições (laicas/religiosas; pequena/grande dimensão; públicas/particulares) no desenvolvimento das crianças, seria também um tema de bastante interesse no estudo, de modo a se verificar se o acompanhamento dado consoante as diferentes instituições interfere ou não no desenvolvimento dessas crianças.

Conclusão

Em súmula, em Portugal, a problemática da institucionalização está bem presente. Sabe-se que um grande número de crianças é acolhida todos os anos em instituições, devido a maus tratos físicos e psicológicos, negligência, abandono praticados por aqueles a quem a criança está mais próxima todos os dias, no seu ambiente familiar. Esta dura realidade, apesar de tudo parece estar em declínio ao longo dos anos, registando-se cada vez menos entradas nas instituições.

A institucionalização visa portanto possibilitar à criança um espaço seguro e protetor, capaz de lhe dar ajuda, com condições de desenvolvimento adequadas e adaptadas às suas necessidades. No entanto, a instituição de acolhimento por vezes possibilita à criança a tal segurança e estabilidade uma vez que provoca nestas sem dúvida muitas mudanças na sua vida, pois esta é quase como que obrigada a aprender a lidar com uma realidade nova, novas pessoas, criar novas relações.

Deste modo, emerge, aqui a necessidade de investigações que consolidem resultados, que analisem o desenvolvimento individual dessas crianças. Assim, este estudo procurou perceber a relação existente entre a manifestação de sintomas depressivos e a institucionalização, de modo a prevenir, melhorar e intervir junto dessas crianças se assim for necessário de modo a estimular o seu desenvolvimento saudável.

Neste estudo, verificou-se então que apesar de ainda existirem algumas diferenças entre as crianças institucionalizadas e não-institucionalizados no que diz respeito à manifestação de sintomatologia depressiva, estas estão cada vez mais resilientes a todo esse processo, considerando muitas vezes a institucionalização como uma experiência positiva e que lhe proporciona alguma satisfação e bem-estar.

Referências Bibliográficas

- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P. & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14, 349-361
- Argerami-Camon, V. A. (Org.). (2001). *Depressão e Psicossomática*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bahls S.C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Bahls, S.C. (2002a). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5):359-366.
- Bahls, S.C. (2002b). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2):63-67.
- Barros, Coutinho, Araújo & Castanha. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*, 23 (1), 19-28 .
- Bos, Zeanah, Fox, Drury, McLaughlin & Nelson. (2011). Psychiatric Outcomes in Young Children with a History of Institutionalization. *Harvard Review Psychiatry* 19 (1), 15-24. DOI: 10.3109/10673229.2011.549773
- Boughton, S. & Street, H. (2007). Integrated review of the social and psychological gender differences in depression. *Australian Psychologist*, 42 (3), 187-197. DOI: 10.1080/00050060601139770
- Cardoso, P., Rodrigues, C. & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XXII): 667-675.
- Carvalho, T. & Manita, C. (2010). Percepções de Crianças e Adolescentes Institucionalizados sobre o Processo de Institucionalização e a Experiência na Instituição. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, (pp. 3326- 3335). Acedido a 10 de Outubro de 2012 em <http://www.actassnip2010.com>

- Cavalcante, Magalhães & Pontes.(2009). Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 615-625.
- Chang, L., Schwartz, D., Dodge, K. A. & McBride-Chang, C. (2003) Harsh parenting in relation to child emotion regulation and aggression. *Journal of Family Psychology*, 17, 4, 598-606
- Chapman, M. V., Wall, A. M. & Barth, R. P. (2004). Children's voices: Foster the perceptions of children in foster care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 3, 293-304.
- Cole, D. A., Tram, J. M., Martin, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F. M. &
- Maschman, T. L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: A longitudinal investigation of parent and child reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 156-165.
- Coutinho, M. , Carolino, Z. & Medeiros, E. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2008). Sintomas Depressivos em Crianças: Estudos com duas Versões do CDI. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (3), 574-585.
- Cruvinel, M. & Borunchoovich, E. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 9, 369-378.
- Delgado, P. (2010). A experiência da Vinculação e o Acolhimento Familiar: reflexões, mitos e desafios. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 457 - 467.
- Dell'Aglio, D. D. & Hutz, C. S. (2004). Depressão e Desempenho Escolar em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 341-350.
- Dell'Aglio, D. D., Borges, J. L. & Santos, S. S. (2004). Eventos estressores e depressão em adolescentes do sexo feminino. *Psico*, 35(1):43-50.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31 (2), 103-157. DOI: 10.1007/BF01207052 .
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T.L., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Reiser, M., Murphy, B.C., Losoya, S.H. & Guthrie, I.K. (2001) The relations of regulation and emotionality

to children's externalizing and internalizing problem behaviour. *Child Development*, 72 (4), 1112-1134.

- Ellis, H., Fisher, P. & Zaharie, S. (2004). Predictors of Disruptive Behavior, Developmental Delays, Anxiety, and Affective Symptomatology Among Institutionally Reared Romanian Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1283-1292. DOI:10.1097/01.chi.0000136562.24085.160
- Emslie, G.J., Heiligenstein, J.H., Hoog, S.L. & Wagner, K.D., Findling, R.L., McCracken, J., T. (2004), Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (11), 1397-1405.
- Faria, S. M. Salgueiro, A. G. Trigo, M. L. & Alberto, I. M. (2008). *As narrativas de adolescentes institucionalizadas: Percepções em torno das vivências de institucionalização*. Comunicação proferida no I Congresso Internacional em Estudos da Criança.
- Ferreira, M., & Marturano, E. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 35-44
- Ghera, Marshall, Fox, Zeanah, Nelson, Smyke & Guthrie. (2009). The effects of foster care intervention on socially deprived institutionalized children's attention and positive affect: results from the BEIP study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (3), 246-253. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01954.x
- Giacomoni, C., & Hutz, C. S. (2008). Escala multidimensional de satisfação de vida para crianças: estudos de construção e validação. *Estudos de Psicologia*, 25, 23-35.
- Harrington, R. (1995). Depressive disorder in adolescence. *Archives of disease in childhood*. 72(3), 193-195.
- Heim, C. & Nemeroff, C. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Hutz, C. S. & Spink, M. J. (2007). *Orientações éticas para psicólogos envolvidos em pesquisas com seres humanos*. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psico-laboratorio>. Retirado a 14 de Dezembro de 2011.

- Hutz, C. S. (2007). *Prevenção e intervenção em situações de risco: e vulnerabilidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Ialongo, N., McCreary, B. K., Pearson, J. L., Koenig, A. L., Schmidt, N. B., Poduska, J., Kellam, S. G. (2004). Major depressive disorder in a population of urban, African-American young adults: prevalence, correlates, comorbidity and unmet mental health service need. *Journal of Affective Disorders*, 79, 127-136.
- Instituto de Segurança Social. (2011). *Plano de Intervenção Imediata - Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2010*. Lisboa: ISS, I.P.
- Josephson, A. M. (2007). Depression and Suicide in Children and Adolescents: A Spiritual Perspective. *Southern Medical Journal*, 100 (7), 744-745. doi: 10.1097/SMJ.0b013e318070d2f4
- King, K. M. & Chassin, L. (2008). Adolescent stressors, psychopathology, and young adult substance dependence: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(5), 629-638.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorder*, 64 (2), 155-166.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. Transtornos do humor e suicídio. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA, editors. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1997. p. 1039-1045.
- Kazdin, A. E., & Marciano, P. L. (1998). Childhood and adolescent depression. In Mash, E. & Barkley, R. (Orgs.). *Treatment of childhood disorders* (pp.192-205). New York: The Guilford Press.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Kessler, R., Avenevoli, S. & Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49 (12), 1002-1014.
- King, K. M. & Chassin, L. (2008). Adolescent stressors, psychopathology, and young adult substance dependence: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(5), 629-638.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services

- Lambert, M. C., Lyubansky, M. & Achenbach, T. M. (1998). Behavioral and emotional problems among adolescents of Jamaica and the United States: Parent, teacher and self-reports for ages 12 to 18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6(3), 180-187.
- Legault, L., Anawati, M., & Flynn, R. (2006). Factors favoring psychological resilience among fostered young people. *Children and Youth Services Review*, 28, 1024-1038.
- Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib. (2000). Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder in a Community Sample: Predictors of Recurrence in Young Adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10):1584-1591.
- Lucas, R., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminate validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15: 853-884.
- Magalhães, A.S.G. (2012). *A Depressão na criança institucionalizada* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa. Lisboa
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística - com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Martin, A., & Cohen D. J. (2000). Adolescent depression: window of (missed?) opportunity editorial. *Journal of the American Psychiatry*, 157 (10), 1549-1551.
- Marujo, H.M.A. (1994). Síndromas depressivas na infância e na adolescência. Dissertação de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Marzol, R.M., Bonafé, L. & Yunes, M.A.M. (2012). As Perspectivas de Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento Sobre os Cuidadores Protetores. *Psico*, 43 (3), 317-324.
- Masten, A. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 47-54.
- Melo, A. (2005). *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho
- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology. *British Medical Bulletin*, 57, 33-45.

- Pérez, M. V. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones com el desempeñõ académico. *Psicologia Escolar e Educacional*, 5(1), 49-58.
- Pinar, A. & Save, D. (2004). Adolescent depression: Progress and future challenges in prevention-control activities. *Marmara Medical Journal*, 17(1), 47-52.
- Pinhel, J., Torres, N. & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4 (XXVII): 509-521.
- Polleto, M. (2011). Bem-estar subjetivo: um estudo longitudinal com crianças e adolescents em situação de vulnerabilidade social (Tese de Doutorado não publicada). Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Prager, L.M. (2009). Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatrics in Review*, 30 (6), 199-206. doi: 10.1542/pir.30-6-199
- Predebon, J. C. F., & Wagner, A. (2005). Problemas de comportamento adolescência: configuração familiar e aspectos sociodemográficos. *Revista Práxis*, 2 (2), 1-11
- Prieto, D. & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Reppold, C. T. & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2 (2), 175-184.
- Sawer, M. G., Arney, P. A, Baghurst, J. J. & Clark, B. W. (2001). The mental health of young people in Australia: Key findings from child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 35, 806-814
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V. & Ahadi, S. (2002). Culture, Personality, and Subjective Well-Being: Integrating Process Models of Life Satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 582-593. DOI: 10.1037//0022-3514.82.4.582
- Segabinazi, Giacomoni, Dias, Teixeira & Moraes. (2010). Desenvolvimento e Validação Preliminar de uma Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 653-659.
- Serafini, A. J. (2008). *Satisfação de vida, rede de relações, coping e neuroticismo em adolescentes portadores e não portadores do vírus da imunodeficiência humana-HIV*. Tese de Doutorado no Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre

- Shechory, M., & Sommerfield, E. (2007). Attachment style, home-leaving age and behavioral problems among residential care children. *Child Psychiatry and Human Development*, 37 (4), 361-373
- Siqueira, A. C. & Dell'Aglio, D. D. (2010). Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 407-415.
- Siqueira, A. C. & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18 (1), 71-80. doi.org/10.1590/S0102-71822006000100010
- Smyke, A.T., Dumitrescu, A. & Zeanah, C.H. (2002). Attachment Disturbances in Young Children. I: The Continuum of Caretaking Casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (8), 972-982.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento: trajetórias (in) Adaptativas ao longo da vida. Coimbra: Editora Quarteto
- Son, S.E. & Kirchner, J. T. (2000). Depression in Children and Adolescents. *American Family Physician*, 62 (10), 2297-2308.
- Versiani, M., Reis, R. & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49 (10-12), 367-382.
- Waaktar, T., Borge, A. I. H., Fundingsrud, H. P., Christie, H. J. & Torgesen, S. (2004). The role of stressful life events in the development of depressive symptoms in adolescence: a longitudinal community study. *Journal of Adolescence*, 27(2), 153-163.
- Wathier, J. L. & Dell'Aglio, D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (3): 305-314.
- Wathier, J. L., Dell'Aglio, D.D. & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- World Health Organization (2002). Relatório mundial da saúde - saúde mental: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde.
- Zavaschi, M. L. S, Satler, F., Poester, D. Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P. & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 189-195.

- Zeanah, C. H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(3), 230-236.
- Zeanah, C.H., Smyke, A.T., & Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young children: II. Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (8), 983-989.
- Zeanah, Egger, Smyke, Nelson, Fox, Marshall & Guthrie. (2009). Institutional Rearing and Psychiatric Disorders in Romanian Preschool Children. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (7), 777-785. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08091438

Anexos

Anexo I: Questionário Individual da Criança

Questionário Individual da Criança (a preencher pelo responsável da instituição)

1. Número da Criança: _____

2. Institucionalização:

2.1. Há quanto tempo a criança está na instituição?

1 a 3 meses

3 a 6 meses

6 a 12 meses

1 ano

2 anos

Mais de 2 anos

Com que idade chegou? _____

2.2. Problemáticas que estiveram na origem do acolhimento:

Abandono

Negligência

Abandono escolar

Absentismo escolar

Maus tratos físicos e psicológicos

Abuso sexual

Trabalho infantil

Exercício abusivo da autoridade

Outras situações de perigo

Quais? _____

Prática de facto qualificado (crime/contravenção)

Uso de estupefacientes

Ingestão de bebidas alcoólicas

Outras condutas desviantes

3. Contacto com os pais? Sim Não

Com que frequência ou quando foi o último contacto? _____

Irmãos:

Número de Irmãos: _____ Idades: _____

Com quem / onde vivem os irmãos? _____

Possui irmãos na mesma instituição? Sim Não

Tem contacto com os irmãos? Sim Não

Contacto com outro familiar? Sim Não Quem? _____

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Anexo II: Questionário de Dados da Instituição

Questionário de Dados da Instituição (a preencher pelo responsável da instituição)

1. Nome da Instituição: _____

2. Vínculo da instituição (público, ONG...): _____

3. Oferece cuidados a que faixa etária? _____

4. Quantas crianças residem na instituição? _____

Raparigas Rapazes

5. Como é feita a divisão das crianças por moradia/quarto? (idade, sexo, parentesco...)

6. Estrutura Física da instituição: _____

7. Por quantas crianças é responsável cada cuidador?

8. Quais as actividades/ atendimentos que a instituição oferece às crianças?

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Anexo III: Inventário de Depressão para Crianças

Número da Criança: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS

As Crianças e os Adolescentes pensam e sentem, de maneira diferente uns dos outros.

Este inventário apresenta vários grupos de sentimentos e ideias. Escolhe em cada grupo **uma frase** que melhor descreve aquilo que tens pensado e/ ou sentido nas **duas** ultimas semanas. Só depois de, num grupo, teres escolhido a frase que melhor descreve a tua forma de pensar ou sentir nos últimos tempos, e apenas uma frase é que avanças para o grupo seguinte.

Não há respostas certas nem erradas.

Escolhe a frase Faz uma cruz (x) no quadrado que corresponde à frase que tu escolheste.

Tens em baixo um Exemplo.

EXEMPLO:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Estou sempre a ler livros. |
| <input type="checkbox"/> | Leio livros de vez em quando. |
| <input type="checkbox"/> | Nunca leio livros |
-

Lembra-te que deves escolher **a frase que melhor descreve os teus sentimentos e pensamentos nas duas últimas semanas.**

1. Estou Triste de vez em quando.
 Estou triste muitas vezes.
 Estou sempre triste.

2. Nada me vai correr bem.
 Não tenho a certeza se as coisas me vão correr bem.
 As coisas vão-me correr bem.

3. Faço quase tudo bem.
 Faço muitas coisas mal.
 Faço tudo mal.

4. Divirto-me com muitas coisas.
 Divirto-me com algumas coisas.
 Nada me diverte.

5. Sou sempre mau (má).
 Sou mau (má) muitas vezes.
 Sou mau (má) de vez em quando.
6. De vez em quando penso nas coisas más que me podem acontecer.
 Tenho medo que me aconteçam coisas más.
 Tenho a certeza que me vão acontecer coisas más.
7. Odeio-me.
 Não gosto de mim.
 Gosto de mim.
8. Sou culpado (a) de tudo o que acontece de mau.
 Muitas coisas más acontecem por minha culpa.
 As coisas más que acontecem não costumam ser por minha culpa.
9. Não penso em me matar.
 Penso em me matar, mas não o faço.
 Quero-me matar.
10. Tenho vontade de chorar todos os dias.
 Muitas vezes tenho vontade de chorar.
 De vez em quando tenho vontade de chorar.
11. Tudo me aborrece imenso.
 Aborreço-me com muitas coisas.
 Algumas coisas aborrecem-me.
12. Gosto de estar com pessoas.
 Algumas vezes não gosto de estar com pessoas.
 Nunca quero estar com pessoas.
13. Não consigo tomar decisões.
 É difícil tomar decisões.
 Tomo decisões facilmente.
14. Gosto do meu aspecto.
 Há coisas no meu aspecto de que não gosto.
 Eu sou feio (a).
15. Tenho sempre que fazer um grande esforço para fazer os trabalhos da escola.

- Muitas vezes tenho que fazer um esforço para fazer os trabalhos da escola.
 Fazer os trabalhos da escola não é um grande problema.
16. Durmo mal todas as noites.
 Muitas noites durmo mal.
 Durmo muito bem.
17. Sinto-me cansado (a) de vez em quando.
 Sinto-me cansado (a) muitas vezes.
 Sinto-me sempre cansado (a).
18. A maior parte das vezes não me apetece comer.
 Muitas vezes não me apetece comer.
 Como muito bem.
19. Não me preocupo com a minha saúde.
 Preocupo-me muitas vezes com a minha saúde.
 Ando sempre preocupado (a) com a minha saúde.
20. Não me sinto só.
 Sinto-me só muitas vezes.
 Sinto-me sempre só.
21. Nunca me divirto na escola.
 De vez em quando divirto-me na escola.
 Divirto-me muitas vezes na escola.
22. Tenho muitos amigos
 Tenho alguns (mas) amigos (as) mas gostava de ter mais.
 Não tenho amigos (as).
23. O meu aproveitamento escolar é bom.
 O meu aproveitamento escolar já foi melhor.
 Tenho mau aproveitamento escolar em disciplinas em que já fui bom (boa).
24. Nunca consegui ser tão bom (boa) como os outros (as) meninos (as).
 Se eu quiser posso ser tão bom (boa) como os (as) outros (as) meninos (as).
 Sou tão Bom (boa) como os (as) outros (as) meninos (as).
25. Ninguém gosta de mim.

- Não tenho a certeza de alguém gostar de mim.
 Tenho a certeza que há pessoas que gostam de mim.

26. Habitualmente faço o que me dizem.
 Na maioria das vezes não faço o que me dizem.
 Nunca faço o que me dizem.

27. Dou-me bem com os outros.
 Ando muitas vezes em brigas.
 Ando quase sempre em brigas.

FIM

OBRIGADO POR TERES RESPONDIDO A ESTE INVENTÁRIO

Anexo IV: Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças

Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças

(Giacomoni & Hutz, 2008)

Gostaríamos de saber o que pensa sobre a sua vida e as coisas que fazem parte dela. Por exemplo: como se tem sentido ultimamente? O que gosta de fazer? Para cada afirmação abaixo, deve escolher um dos números que melhor representa o quanto concorda com a afirmação, relativamente a si mesmo, tendo por base que (1) corresponde a **nem um pouco**, o (2) a **um pouco**, o (3) a **mais ou menos**, (4) a **bastante** e por fim, (5) a **muitíssimo**.

Todos os dados recolhidos a partir deste questionário serão apenas utilizados para efeitos estatísticos, garantindo-se, deste modo, a total **confidencialidade** e **anonimato** dos mesmos. **Não existem respostas certas ou erradas**, sendo importante que seja o mais **sincero** possível em todas as questões.

2. Eu divirto-me com muitas coisas. (1) (2) (3) (4) (5)	8. Discutir resolve os problemas. (1) (2) (3) (4) (5)
3. As outras crianças têm mais amigos do que eu. (1) (2) (3) (4) (5)	3. Eu fico feliz quando a minha família se reúne. (1) (2) (3) (4) (5)
4. Tenho pessoas que me ajudam. (1) (2) (3) (4) (5)	4. Eu relaciono-me bem com meus colegas. (1) (2) (3) (4) (5)
5. É bom brincar com meus amigos. (1) (2) (3) (4) (5)	5. Eu sou alegre. (1) (2) (3) (4) (5)
6. Eu aprendo muitas coisas na escola. (1) (2) (3) (4) (5)	6. Os meus amigos podem fazer mais coisas do que eu. (1) (2) (3) (4) (5)
7. Eu sou uma pessoa carinhosa. (1) (2) (3) (4) (5)	7. A minha família dá-se bem. (1) (2) (3) (4) (5)

<p>8. Os meus amigos brincam mais do que eu.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>8. Eu divirto-me na escola.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>9. Eu sou uma pessoa bem humorada.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>4. O meus amigos ajudam-me quando eu preciso.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>10. Os meus amigos ganham mais presentes do que eu.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>5. Eu gosto das actividades da escola.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>11. Eu divirto-me com as coisas que eu tenho.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>6. Eu sorrio bastante.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>12. Estou satisfeito com os amigos que tenho.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>7. Preciso receber mais atenção.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>13. Os meus professores gostam de mim.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>8. Discuto muito com meus amigos.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>14. Eu sou esperto.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>3. A minha família gosta de mim.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>21. As outras crianças são mais alegres do que eu.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>33. Eu divirto-me com meus amigos.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>22. Gosto de brigas.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>34. Eu gosto de ajudar as pessoas.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>23. Eu divirto-me com a minha família.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>35. Mantenho a calma.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>24. Gosto de conversar com meus amigos.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>36. Os meus amigos são mais alegres do que eu. (1)</p> <p>(2) (3) (4) (5)</p>
<p>25. Eu sinto-me calmo, tranquilo.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>37. A minha família faz-me feliz.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>

<p>26. Procuo fazer coisas que me deixam feliz.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>38. Eu gostaria que meus amigos fossem diferentes.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>39. Os meus amigos chateiam-se muito comigo.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>45. O meus amigos divertem-se mais do que eu.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>40. Eu sou divertido.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>46. Gostaria que minha família fosse diferente.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>41. Os meus pais são carinhosos comigo.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>47. Sou irritado.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>42. Encontro sempre ajuda quando preciso.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>48. Os meus amigos gostam de mim.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>43. Eu gosto de ir à escola.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>49. Eu sinto-me bem na minha escola.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>
<p>44. Tenho facilidade em fazer amigos.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>	<p>50. A minha família ajuda-me quando preciso.</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5)</p>

Muito Obrigado pela colaboração!

Anexo V: Questionário de Auto-Avaliação para Jovens

**Questionário de Auto-Avaliação para Jovens
YSR 11-18 (® T. M. Achenbach, 1991)**

Tradução: A.C. Fonseca & M.R. Simões (U. Coimbra)
J.P. Almeida (Serviço de Pediatria – HGSJ, Porto)
M. Gonçalves & P. Dias (U. Minho)

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/____ Idade: ____anos

Sexo: Masculino Feminino Ano de Escolaridade : _____

Profissão do Pai (mesmo que actualmente não trabalhe): _____

Profissão da Mãe (mesmo que actualmente não trabalhe): _____

Data de Avaliação: __/__/____

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de rapazes e raparigas. Lê cada uma delas e indica até que ponto elas descrevem a maneira como tu és ou tens sido durante os últimos 6 meses:

-Marca uma cruz (X) no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou é MUITAS VEZES VERDADEIRA;

-Marca uma cruz (X) no 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;

-Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, marca uma cruz (X) no 0.

Por favor, responde a todas as descrições o melhor que possas, mesmo que algumas pareçam não se aplicar exactamente.

SUBLINHA QUALQUER UMA QUE TE PREOCUPE

0	1	2	1	Comporto-me de uma maneira demasiado infantil para a minha idade
0	1	2	2	Sou alérgico(a) (descreve): _____
0	1	2	3	Discuto muito
0	1	2	4	Tenho asma
0	1	2	5	Comporto-me como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Gosto de animais
0	1	2	7	Sou fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8	Não consigo concentrar-me, não consigo estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	Não consigo afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreve): _____
0	1	2	10	Não sou capaz de ficar sentado(a) sossegado(a) ou quieto(a)
0	1	2	11	Sou demasiado dependente dos adultos
0	1	2	12	Sinto-me só
0	1	2	13	Sinto-me confuso(a), desorientado(a) ou como se estivesse num nevoeiro
0	1	2	14	Choro muito
0	1	2	15	Sou muito honesto
0	1	2	16	Sou mau para as outras pessoas
0	1	2	17	Sonho muitas vezes acordado(a)
0	1	2	18	Magoo-me de propósito ou já tentei matar-me
0	1	2	19	Tento que me dêem muita atenção
0	1	2	20	Destruo as minhas próprias coisas
0	1	2	21	Destruo coisas da minha família ou de colegas
0	1	2	22	Desobedeço aos meus pais
0	1	2	23	Sou desobediente na escola
0	1	2	24	Não como tão bem como devia
0	1	2	25	Não me dou bem com os outros jovens
0	1	2	26	Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não devia
0	1	2	27	Tenho ciúmes dos outros ou sou invejoso(a)
0	1	2	28	Estou pronto(a) a ajudar as outras pessoas quando necessitam de ajuda
0	1	2	29	Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreve): _____
0	1	2	30	Tenho medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tenho medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32	Sinto que tenho de ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sinto que ninguém gosta de mim
0	1	2	34	Sinto que os outros andam atrás de mim para me apanharem; sinto-me perseguido(a)
0	1	2	35	Sinto-me sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	Magoo-me muito em acidentes
0	1	2	37	Meto-me em muitas lutas/brigas
0	1	2	38	Fazem pouco de mim frequentemente
0	1	2	39	Ando com rapazes ou raparigas que se metem em sarilhos
0	1	2	40	Ouçõ sons ou vozes que não existem (descreve): _____
0	1	2	41	Ajo sem pensar; sou impulsivo(a)
0	1	2	42	Gosto mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43	Minto ou faço batota
0	1	2	44	Roo as unhas
0	1	2	45	Sou nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46	Tenho tiques ou movimentos nervosos nalgumas partes do corpo (descreve): _____
0	1	2	47	Tenho pesadelos
0	1	2	48	Os outros rapazes ou raparigas não gostam de mim
0	1	2	49	Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que a maior parte dos rapazes ou raparigas
0	1	2	50	Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Tenho tonturas
0	1	2	52	Sinto-me demasiado culpado(a)
0	1	2	53	Como demais

0	1	2	54	Sinto-me excessivamente cansado(a)
0	1	2	55	Tenho peso a mais
			56	Tenho problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sinto-me enjoado(a)
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreve):_____
0	1	2	e	Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vômitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreve-os):_____
0	1	2	57	Agrido fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Arranco coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreve):_____
0	1	2	59	Posso ser muito amigável
0	1	2	60	Gosto de experimentar coisas ou situações novas
0	1	2	61	O meu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62	Tenho fraca coordenação, sou desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63	Prefiro andar com rapazes ou raparigas mais velhos do que eu
0	1	2	64	Prefiro andar com rapazes ou raparigas mais novos do que eu
0	1	2	65	Recuso-me a falar
0	1	2	66	Repito várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; tenho compulsões (descreve):_____
0	1	2	67	Fujo de casa
0	1	2	68	Grito muito
0	1	2	69	Sou reservado(a), guardo as coisas para mim mesmo
0	1	2	70	Vejo coisas que mais ninguém parece ser capaz de ver (descreve):_____
0	1	2	71	Fico facilmente embaraçado(a) ou pouco à-vontade
0	1	2	72	Provoco fogos
0	1	2	73	Consigo trabalhar bem com as minhas mãos; faço bem trabalhos manuais
0	1	2	74	Gosto de me “exibir” ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75	Sou envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	Durmo menos que a maior parte dos rapazes ou raparigas
0	1	2	77	Durmo mais do que a maior parte dos rapazes ou raparigas, durante o dia e/ou durante a noite (descreve):_____
0	1	2	78	Tenho boa imaginação
0	1	2	79	Tenho problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreve):_____
0	1	2	80	Luto pelos meus direitos
0	1	2	81	Roubo coisas em casa
0	1	2	82	Roubo coisas fora de casa
0	1	2	83	Acumulo coisas de que não preciso (descreve):_____
0	1	2	84	Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve):_____
0	1	2	85	Tenho pensamentos ou ideias que as outras pessoas acham estranhas (descreve):_____
0	1	2	86	Sou teimoso(a)
0	1	2	87	Tenho mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Gosto de estar com outras pessoas
0	1	2	89	Sou desconfiado(a)
0	1	2	90	Digo palavrões ou uso linguagem obscena
0	1	2	91	Penso em matar-me
0	1	2	92	Gosto de fazer rir os outros
0	1	2	93	Falo demasiado
0	1	2	94	Arrelio muito os outros

0	1	2	95	Tenho um temperamento exaltado
0	1	2	96	Penso demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaço magoar/ferir as pessoas
0	1	2	98	Gosto de ajudar os outros
0	1	2	99	Preocupo-me demasiado em estar limpo e asseado
0	1	2	100	Tenho dificuldades em dormir (descreve): _____
0	1	2	101	Falto às aulas ou à escola
0	1	2	102	Não tenho muita energia
0	1	2	103	Sou infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	Falo mais alto que a maior parte dos rapazes e raparigas
0	1	2	105	Consumo álcool ou drogas (descreve): _____
0	1	2	106	Tento ser justo com os outros
0	1	2	107	Gosto de uma boa anedota
0	1	2	108	Gosto de viver tranquilamente, sem grandes preocupações
0	1	2	109	Procuo ajudar as outras pessoas sempre que posso
0	1	2	110	Desejava ser do sexo oposto
0	1	2	111	Evito envolver-me com os outros
0	1	2	112	Preocupo-me muito

Por favor, indica qualquer coisa que possa descrever os teus sentimentos, o teu comportamento ou os teus interesses:

I

Por favor enumera os desportos que mais gostas de praticar. Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Tempo - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (1 - Menos que a média, 2 - Médio, 3 - Mais que a média)

Competência - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um (1 - Pior que a média, 2 - Médio, 3 - Melhor que a média)?

Não pratico nenhum desporto

Desporto	Tempo			Competência		
	Menos	Médio	Mais	Pior	Médio	Melhor
a.	1	2	3	1	2	3
b.	1	2	3	1	2	3
c.	1	2	3	1	2	3

II

Por favor enumera os teus passatempos, actividades e jogos favoritos que não sejam desporto. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não incluas ouvir rádio ou ver televisão).

Tempo - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (1 - Menos que a média, 2 - Médio, 3 - Mais que a média).

Competência - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um (1 - Pior que a média, 2 - Médio, 3 - Melhor que a média)?

Não faço nenhum passatempo, actividade ou jogo

Passatempo, actividade ou jogo	Tempo			Competência		
	Menos	Médio	Mais	Pior	Médio	Melhor
a.	1	2	3	1	2	3
b.	1	2	3	1	2	3
c.	1	2	3	1	2	3

III

Por favor enumera quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que pertences.

Grau de actividade - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau és activo em cada um (1 - Menos activo, 2 - Médio, 3 - Mais activo)?:

Não pertenço a nenhuma organização, clube ou grupo

Organização, clube ou grupo	Actividade		
	Menos	Médio	Mais
a.	1	2	3
b.	1	2	3
c.	1	2	3

IV

Por favor enumera quaisquer empregos ou tarefas que tenhas habitualmente. Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Grau de competência - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues desempenhá-los bem (1 - Abaixo da média, 2 - Médio, 3 - Acima da média)?

Não faço nenhuma tarefa

Tarefa	Competência		
	Abaixo	Médio	Acima
a.	1	2	3
b.	1	2	3
c.	1	2	3

V. 1. Tens aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (coloca uma X)

Nenhum amigo 1 amigo 2 ou 3 amigos 4 ou mais amigos

2. Aproximadamente quantas vezes por semana é que fazes alguma coisa com eles(as) (coloca uma cruz)?

Menos que 1 vez 1 ou 2 vezes 3 ou mais vezes

VI.

Em comparação com outros rapazes e raparigas da tua idade, até que ponto consegues relacionar-te com as seguintes pessoas?

(Responde da seguinte forma: 1 - Pior, 2 - Próximo(a) da média, 3 - Melhor):

Não tenho irmãos

	Pior	Médio	Melhor
a. Consigo relacionar-me adequadamente com os meus irmãos e irmãs?	1	2	3
b. Consigo relacionar-me adequadamente com outros rapazes e raparigas?	1	2	3
c. Consigo comportar-me adequadamente em relação aos meus pais?	1	2	3
d. Consigo divertir-me e trabalhar sozinho?	1	2	3

VII

Relativamente a cada uma das disciplinas escolares da tabela, indica como têm sido os teus resultados a cada uma delas (0 - Maus resultados, 1 - Abaixo da média, 2 - Médio, 3 - Acima da média)

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da Média	Médio	Acima da Média
a. Português	0	1	2	3
b. Francês e/ou Inglês	0	1	2	3
c. Matemática	0	1	2	3
d. História	0	1	2	3

Outras disciplinas escolares - por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual.

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da Média	Médio	Acima da Média
e.	0	1	2	3
f.	0	1	2	3
g.	0	1	2	3

Tens alguma doença ou deficiência física? Não Sim

(Descreve-a, por favor _____)

Descreve qualquer preocupação que tenhas

Descreve o que tu tens de melhor

Anexo VI: Questionário de Comportamentos da Criança

Questionário de Comportamentos da Criança CBCL 6-18 (® T. M. Achenbach, 1991)

Tradução: A.C. Fonseca & M.R. Simões (U. Coimbra)
J.P. Almeida (Serviço de Pediatria – HGSJ, Porto)
M. Gonçalves & P. Dias (U. Minho)

Nome da Criança: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Idade: ____anos

Sexo: Masculino Feminino

Ano de Escolaridade : _____

Escala Preenchida por: Mãe

Pai

Outro: _____

Profissão do Pai (mesmo que actualmente não trabalhe): _____

Profissão da Mãe (mesmo que actualmente não trabalhe): _____

Data de Avaliação: __/__/____

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) **é (agora) ou tem sido durante os últimos 6 meses:**

-Marque uma **cruz (X) no 2** se a afirmação é **MUITO VERDADEIRA** ou é **MUITAS VEZES VERDADEIRA** em relação ao seu filho;

-Marque uma **cruz (X) no 1** se a afirmação é **ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;**

-Se **NÃO É VERDADEIRA**, marque uma cruz **(X) no 0.**

- **SUBLINHE** qualquer comportamento que seja preocupante

Por favor, responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao seu filho(a).

0= Não verdadeira

1= Às vezes verdadeira

2= Muitas vezes verdadeira

0	1	2	1	Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2	É alérgico(a) (descreva):_____
0	1	2	3	Discute muito
0	1	2	4	Tem asma
0	1	2	5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Faz as suas necessidades fora da casa de banho
0	1	2	7	É fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva):_____
0	1	2	10	Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito activo(a) ou irrequieto(a)
0	1	2	11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12	Queixa-se de solidão
0	1	2	13	Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)
0	1	2	14	Chora muito
0	1	2	15	É cruel com os animais
0	1	2	16	Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
0	1	2	17	Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18	Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio
0	1	2	19	Exige muita atenção
0	1	2	20	Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21	Destrói coisas da sua família ou de outras crianças
0	1	2	22	É desobediente em casa
0	1	2	23	É desobediente na escola
0	1	2	24	Não come bem
0	1	2	25	Não se dá bem com outras crianças
0	1	2	26	Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
0	1	2	27	Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)
0	1	2	28	Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva):_____
0	1	2	29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva):_____
0	1	2	30	Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32	Sente que tem de ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34	Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanharem; sente-se perseguido(a)
0	1	2	35	Sente-se sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37	Mete-se em muitas lutas/brigas
0	1	2	38	Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	39	Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos
0	1	2	40	Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):_____
0	1	2	41	É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	42	Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43	Mente ou faz batota
0	1	2	44	Rói as unhas
0	1	2	45	É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):_____
0	1	2	47	Tem pesadelos
0	1	2	48	As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0	1	2	49	Tem prisão de ventre, obstipação
0	1	2	50	É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Sente tonturas
0	1	2	52	Sente-se demasiado culpado(a)

0	1	2	53	Comer demais
0	1	2	54	Cansa-se demasiado
0	1	2	55	Tem peso a mais
			56	Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreva): _____
0	1	2	e	Irritações de pele/Borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vômitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva): _____
0	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	59	Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
0	1	2	60	Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
0	1	2	61	O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62	Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63	Prefere andar com crianças/jovens mais velhos
0	1	2	64	Prefere andar com crianças/jovens mais novos
0	1	2	65	Recusa-se a falar
0	1	2	66	Repete várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; tem compulsões (descreva): _____
0	1	2	67	Foge de casa
0	1	2	68	Grita muito
0	1	2	69	É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo
0	1	2	70	Vê coisas que não existem, que não estão presentes
0	1	2	71	Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à-vontade
0	1	2	72	Provoca fogos
0	1	2	73	Tem problemas sexuais (descreva): _____
0	1	2	74	Gosta de se “exibir” ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75	É envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	Dorme menos que a maior parte das crianças
0	1	2	77	Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____
0	1	2	78	Suja-se ou brinca com as fezes
0	1	2	79	Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva): _____
0	1	2	80	Fica de olhar fixo e vazio
0	1	2	81	Rouba coisas em casa
0	1	2	82	Rouba coisas fora de casa
0	1	2	83	Acumula coisas de que não necessita (descreva): _____
0	1	2	84	Tem comportamentos estranhos (descreva): _____
0	1	2	85	Tem ideias estranhas (descreva): _____
0	1	2	86	É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87	Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Amua muito
0	1	2	89	É desconfiado(a)
0	1	2	90	Diz palavrões ou usa linguagem obscena
0	1	2	91	Fala em matar-se
0	1	2	92	Fala ou anda durante o sono (descreva): _____
0	1	2	93	Fala demasiado
0	1	2	94	Arrelia muito os outros
0	1	2	95	Tem birras, temperamento exaltado

0	1	2	96	Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaça as pessoas
0	1	2	98	Chupa no dedo
0	1	2	99	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
0	1	2	100	Tem dificuldades em dormir (descreva): _____
0	1	2	101	Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)
0	1	2	102	É pouco activo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
0	1	2	103	Infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	É invulgarmente barulhento(a)
0	1	2	105	Consome álcool ou drogas (descreva): _____
0	1	2	106	Comete actos de vandalismo
0	1	2	107	Urina-se durante o dia
0	1	2	108	Urina na cama
0	1	2	109	Choramanga
0	1	2	110	Gostaria de ser do sexo oposto
0	1	2	111	Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros
0	1	2	112	É preocupado(a)
			113	Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos:
0	1	2		_____
0	1	2		_____
0	1	2		_____

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
SUBLINHE AS QUE O(A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR.

II PARTE

I

Por favor enumere os desportos favoritos do seu filho(a). Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Tempo - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente **quanto tempo a praticar cada um?** (1 - Menos que a média, 2 - Médio, 3 - Mais que a média)

Competência - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, **em que grau consegue sair-se bem** em cada um (1 - Pior que a média, 2 - Médio, 3 - Melhor que a média)?

Não pratica nenhum desporto

Desporto	Tempo			Competência				
	<i>Nã o sei</i>	<i>Meno s</i>	Médio	Mais	Não sei	Pior	Médio	Melhor
a.		1	2	3		1	2	3
b.		1	2	3		1	2	3
c.		1	2	3		1	2	3

II

Por favor enumere os passatempos, actividades e jogos favoritos do seu filho(a) que não sejam desporto. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não inclua ouvir rádio ou ver televisão).

Tempo - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (1 - Menos que a média, 2 - Médio, 3 - Mais que a média).

Competência - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um (1 - Pior que a média, 2 - Médio, 3 - Melhor que a média)?

Nenhum passatempo, actividade ou jogo

Passatempo, actividade ou jogo	Tempo				Competência			
	<i>Nã o sei</i>	<i>Meno s</i>	Médio	Mais	Nã sei	Pior	Médio	Melhor
a.		1	2	3		1	2	3
b.		1	2	3		1	2	3
c.		1	2	3		1	2	3

III

Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que o seu filho(a) pertença.

Grau de actividade - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau é activo em cada um (1 - Menos activo, 2 - Médio, 3 - Mais activo)?:

Não pertence a nenhuma organização, clube ou grupo

Organização, clube ou grupo	Actividade			
	Nã sei	Menos	Médio	Mais
a.		1	2	3
b.		1	2	3
c.		1	2	3

IV

Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas do seu filho(a). Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Grau de competência - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-los bem (1 - Abaixo da média, 2 - Médio, 3 - Acima da média)?

Não desempenha nenhuma tarefa

Tarefa	Competência			
	Nã sei	Abaixo	Médio	Acima
a.		1	2	3

b.		1	2	3
c.		1	2	3

V

1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (Não inclua irmãos ou irmãs)

Nenhum amigo 1 amigo 2 ou 3 amigos 4 ou mais amigos

2. O seu filho(a) tem actividades com os amigos(as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana? (Não inclua irmãos e irmãs)

Menos que 1 vez 1 ou 2 vezes 3 ou mais vezes

VI.

Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, até que ponto o seu filho(a) consegue relacionar-se com as seguintes pessoas? (Responda da seguinte forma: 1 - Pior, 2 - Próximo(a) da média, 3 - Melhor):

Não tem irmãos

	Pior	Médio	Melhor
a. Consegue relacionar-se adequadamente com os seus irmãos e irmãs?	1	2	3
b. Consegue relacionar-se adequadamente com outras crianças/jovens?	1	2	3
c. Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	1	2	3
d. Consegue divertir-se e trabalhar por si próprio(a)?	1	2	3

VII

1. Para crianças com 6 ou mais anos de idade- Relativamente a cada uma das disciplinas escolares da tabela, indique como têm sido os resultados a cada uma delas (0 - Maus resultados, 1 - Abaixo da média, 2 - Médio, 3 - Acima da média)

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da Média	Médio	Acima da Média
a. Português	0	1	2	3
b. Francês e/ou Inglês	0	1	2	3
c. Matemática	0	1	2	3
d. História	0	1	2	3

Outras disciplinas escolares - por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual.

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da Média	Médio	Acima da Média
e.	0	1	2	3

f.	0	1	2	3
g.	0	1	2	3

2. O seu filho(a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

Não **Sim**

(Que tipo de estabelecimento ou classe? _____)

3. O seu filho(a) repetiu algum ano?

Não **Sim**

(Qual e porquê? _____)

4. O seu filho(a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?

Não **Sim**

Que tipo de problema? _____

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram? _____

O seu filho(a) tem alguma doença, deficiência física ou mental?

Não **Sim** (Descreva-a, por favor _____)

**Anexo VII: Questionário de Comportamentos
da Criança
RELATÓRIO DO PROFESSOR**

Questionário de Comportamentos da Criança
RELATÓRIO DO PROFESSOR
TRF (® T. M. Achenbach, 1991)

Tradução: A.C. Fonseca & M.R. Simões (U. Coimbra)
 J.P. Almeida (Serviço de Pediatria – HGSJ, Porto)
 M. Gonçalves & P. Dias (U. Minho)

Nome do(a) Aluno(a): _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___anos

Sexo: Masculino Feminino Ano de Escolaridade : _____

Nome do(a) Professor(a): _____

Escola: _____ Data de Avaliação: ___/___/___

1. Há quanto tempo conhece este(a) aluno(a)? _____

2. Acha que o conhece: não muito bem / razoavelmente / muito bem

3. Quanto tempo por semana é que ele(a) passa na sua aula? _____

4. De que tipo de aula se trata? (p.f. concretize, ano, disciplina)

5. Já alguma vez o(a) aluno(a) mereceu tratamento especial, por exemplo, em termos de escolha de turma, aulas de apoio ou ensino especial? _____

6. Já repetiu algum ano? Sim Não

7. Rendimento escolar actual relativamente ao nível da turma (coloque as disciplinas e assinale com uma cruz no espaço respectivo ao nível, por comparação com a turma):

Disciplina	Muito abaixo	Um pouco abaixo	Dentro do nível	Um pouco acima	Bastante acima

8. Em comparação com os outros alunos da turma:

	Muitíssim o menos	Menos	Um pouco menos	Na média	Um pouco mais	Mais	Muitíssimo mais
-Está a trabalhar							
-Está a comportar-se adequadamente							
-Está a aprender							
-É feliz							

9. Resultados mais recentes nas provas de avaliação (se disponíveis):

10. Este(a) aluno(a) tem alguma doença, problema físico ou mental?

Sim Não

Se sim, por favor, descreva: _____

11. O que o(a) preocupa mais neste(a) aluno(a)? _____

12. Por favor, descreva os aspectos mais positivos deste(a) aluno(a) _____

13. Por favor, escreva, se assim o desejar, outros comentários referentes a este(a) aluno(a), ao seu comportamento ou ao seu trabalho: _____

Segue-se uma lista de itens que descrevem o(a) seu aluno(a) agora ou nos últimos dois meses. Coloque, por favor, uma cruz no **2** se a **afirmação é muito verdadeira** ou frequentemente verdadeira, coloque uma cruz no **1** se a **afirmação é algumas vezes verdadeira**. Se o **item não é verdadeiro**, coloque uma cruz no **0**.

0= Não verdadeira (tanto quanto sabe)

1= Algumas vezes verdadeira

2= Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2	1	Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2	Cantarola com os lábios fechados ou faz outros barulhos esquisitos na aula
0	1	2	3	Discute muito
0	1	2	4	Não consegue acabar as coisas que começa
0	1	2	5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Desafiador, refila com os professores e funcionários
0	1	2	7	É fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva): _____
0	1	2	10	Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito activo(a) ou irrequieto(a)
0	1	2	11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12	Queixa-se de solidão
0	1	2	13	Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)
0	1	2	14	Chora muito
0	1	2	15	Tem gestos e movimentos de irrequietude ou desassossego
0	1	2	16	Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
0	1	2	17	Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18	Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio

0	1	2	19	Exige muita atenção
0	1	2	20	Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21	Destrói o que é propriedade dos outros
0	1	2	22	Tem dificuldade em seguir instruções
0	1	2	23	É desobediente na escola
0	1	2	24	Perturba os colegas
0	1	2	25	Não se dá bem com outras crianças
0	1	2	26	Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
0	1	2	27	Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)
0	1	2	28	Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva):_____
0	1	2	29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva):_____
0	1	2	30	Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32	Sente que tem de ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34	Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanharem; sente-se perseguido(a)
0	1	2	35	Sente-se sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37	Mete-se em muitas lutas/brigas
0	1	2	38	Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	39	Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos
0	1	2	40	Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):_____
0	1	2	41	É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	42	Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado
0	1	2	43	Mente ou faz batota
0	1	2	44	Rói as unhas
0	1	2	45	É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):_____
0	1	2	47	É demasiado escrupuloso(a) no respeito pelas regras
0	1	2	48	As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0	1	2	49	Tem dificuldade em aprender
0	1	2	50	É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Sente tonturas
0	1	2	52	Sente-se demasiado culpado
0	1	2	53	Fala fora da sua vez
0	1	2	54	Cansa-se demasiado
0	1	2	55	Tem peso a mais
			56	Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreva):_____
0	1	2	e	Irritações de pele/Borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vómitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva):_____
0	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva):_____
0	1	2	59	Dorme nas aulas
0	1	2	60	Mostra-se apático(a) ou desmotivado(a)
0	1	2	61	O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62	Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63	Prefere andar com crianças/jovens mais velhos
0	1	2	64	Prefere andar com crianças/jovens mais novos

0	1	2	65	Recusa-se a falar
0	1	2	66	Repete várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; tem compulsões (descreva): _____
0	1	2	67	Quebra a disciplina da aula
0	1	2	68	Grita muito
0	1	2	69	É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo
0	1	2	70	Vê coisas que não existem, que não estão presentes
0	1	2	71	Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à-vontade
0	1	2	72	O seu trabalho é sujo e/ou confuso
0	1	2	73	Comporta-se irresponsavelmente (descreva): _____
0	1	2	74	Gosta de se “exibir” ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75	É envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	O seu comportamento é explosivo e imprevisível
0	1	2	77	Os seus pedidos têm que ser satisfeitos imediatamente, fica facilmente frustrado(a)
0	1	2	78	É desatento(a), distrai-se facilmente
0	1	2	79	Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva): _____
0	1	2	80	Fica de olhar fixo e vazio
0	1	2	81	Sente-se magoado(a) quando é criticado(a)
0	1	2	82	Rouba
0	1	2	83	Acumula coisas de que não necessita (descreva): _____
0	1	2	84	Tem comportamentos estranhos (descreva): _____
0	1	2	85	Tem ideias estranhas (descreva): _____
0	1	2	86	É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87	Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Amua muito
0	1	2	89	É desconfiado(a)
0	1	2	90	Diz palavrões ou usa linguagem obscena
0	1	2	91	Fala em matar-se
0	1	2	92	Tem fraco aproveitamento, trabalha abaixo das suas capacidades
0	1	2	93	Fala demasiado
0	1	2	94	Arrelia muito os outros
0	1	2	95	Tem birras, temperamento exaltado
0	1	2	96	Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaça as pessoas
0	1	2	98	Chega atrasado(a) à escola ou às aulas
0	1	2	99	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
0	1	2	100	Não consegue fazer as tarefas de que é incumbido
0	1	2	101	Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)
0	1	2	102	É pouco activo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
0	1	2	103	Infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	É invulgarmente barulhento(a)
0	1	2	105	Consome álcool ou drogas (descreva): _____
0	1	2	106	Preocupa-se demasiado em agradar
0	1	2	107	Não gosta da escola
0	1	2	108	Tem receio de cometer erros
0	1	2	109	Choraminga
0	1	2	110	Tem um ar pouco asseado
0	1	2	111	Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros
0	1	2	112	É preocupado(a)
			113	Por favor indique outros problemas do(a) aluno(a) que não tenham ainda sido referidos: _____ _____
0	1	2		
0	1	2		

0	1	2
---	---	---

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo VIII: Consentimento Informado Instituição

Termo De Consentimento Informado

No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, estamos a realizar, um trabalho de investigação com o objectivo escrutinar, essencialmente, a manifestação de sintomas depressivos em crianças e jovens institucionalizados e não institucionalizados.

A participação das crianças neste estudo consistirá na aplicação do: CDI - Inventário de Depressão para Crianças, para detectar a presença e severidade do transtorno depressivo na infância; Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR) englobado no Modelo Multiaxial de Achenbach, que procura avaliar os problemas e competências comportamentais e emocionais das crianças e adolescentes; da Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Criança, com o objectivo de perceber a forma como a pessoa se vê, pensa e sente em relação à sua vida e a todos os aspectos relativos a mesma; e por fim, um Questionário Sócio-Demográfico incluído no YSR com informações relativas à idade, escolaridade, naturalidade, local de domiciliação, entre outros.

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

Tal estudo implica que, segundo as normas que regem o código de ética e de deontologia em Psicologia, que todas as questões relacionadas com o sigilo/confidencialidade estão asseguradas, sendo que os dados obtidos na pesquisa serão de conhecimento apenas dos investigadores envolvidos e utilizados única e exclusivamente para fins científicos. A instituição receberá, se assim pretender, os resultados da pesquisa logo que o trabalho de mestrado ao qual esta se destina esteja concluído.

Assim, muito nos honra a participação dos responsáveis pela instituição, bem como das crianças da mesma na participação no estudo, agradecendo humildemente a mesma.

Claro está, que os investigadores responsáveis pelo estudo, a mestranda Diana Martins e o Professor Doutor Luis Maia, se encontram inteiramente à vossa disposição para esclarecimentos ou informações adicionais relativas ao estudo, através do nosso contacto telefónico pessoal 962653973 (Diana Martins).

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

Data: ___/___/___

(Assinatura do responsável)

Anexo IX: Consentimento Informado Pais

Termo De Consentimento Informado

No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, estamos a realizar, um trabalho de investigação com o objectivo escrutinar, essencialmente, a manifestação de sintomas depressivo em crianças e jovens institucionalizados e não institucionalizados.

A participação das crianças neste estudo consistirá na administração do: CDI - Inventário de Depressão para Crianças, para detectar a presença e severidade do transtorno depressivo na infância; Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR) englobado no Modelo Multiaxial de Achenbach, que procura avaliar os problemas e competências comportamentais e emocionais das crianças e adolescentes; da Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Criança, com o objectivo de perceber a forma como a pessoa se vê, pensa e sente em relação à sua vida e a todos os aspectos relativos a mesma; e por fim, um Questionário Sócio-Demográfico incutido no YSR com informações relativas à idade, escolaridade, género, entre outros.

A fim de se obter uma melhor compreensão da problemática é fulcral a colaboração de diversos informadores crianças, pais e professores no preenchimento dos questionários, para deste modo possibilitar a percepção da uniformidade ou discrepância dos dados recolhidos. Assim, aos pais será proposta a colaboração no preenchimento do CBCL e aos professores do TRF, englobados no Modelo Multiaxial de Achenbach, que procura avaliar os problemas e competências comportamentais e emocionais das crianças e adolescentes na perspectiva de diferentes informadores. As crianças serão claramente informadas que a sua participação no estudo é voluntária e que poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem qualquer prejuízo. Tal estudo implica que, segundo as normas que regem o código de ética e de deontologia em Psicologia, que todas as questões relacionadas com o sigilo/confidencialidade estão asseguradas, sendo que os dados obtidos na pesquisa serão de conhecimento apenas dos pesquisadores envolvidos e utilizados única e exclusivamente para fins científicos. Os pais receberam, se assim pretenderem, os resultados da pesquisa logo que o trabalho de mestrado ao qual esta se destina esteja concluído.

Agradecemos desde já a disponibilidade dos pais na colaboração neste estudo no preenchimento dos questionários, bem como na facilitação do contacto com os professores a fim de estes se disponibilizarem também a preencher o respectivo questionário. Assim, muito nos honra a sua participação no mesmo estudo, agradecendo humildemente a mesma.

Claro está, que os pesquisadores responsáveis pelo estudo, a mestranda Diana Martins e o Professor Doutor Luis Mais, se encontram inteiramente à vossa disposição para esclarecimentos ou informações adicionais relativas ao estudo, através do nosso contacto telefónico pessoal 962653973 (Diana Martins).

Concordamos participar na pesquisa.

Data: ___/___/___ _____

(Assinatura do responsável)