

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS

JORDANA CALCING

Mestranda

São Leopoldo, RS

2012

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS

JORDANA CALCING

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora:
Profa. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti

São Leopoldo, RS
2012

C144s Calcing, Jordana.

Saúde mental em crianças e adolescentes
institucionalizados / por Jordana Calcing. – 2012.

71 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
2012.

Catálogo na Publicação:

Bibliotecária Fabiane Pacheco Martino - CRB 10/1256

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, a Deus, por me conceder o dom da vida e me iluminar em meu caminho.

Agradeço à minha família por todo o amor, incentivo, incalculável dedicação e por me conceder essa especial oportunidade de aperfeiçoamento profissional. Tudo que sou hoje devo a vocês.

Agradeço, em especial, a meu noivo Alisson, por toda a dedicação, o carinho e a paciência. Você faz parte da minha história.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti, por sua atenção e pela aprendizagem que me proporcionou nestes dois anos.

À toda a equipe técnica dos abrigos onde realizei a pesquisa, pela atenção, confiança e autorização para o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço especialmente, às crianças e aos adolescentes, que aceitaram participar desse estudo. Sem elas, a realização desse trabalho não teria sido possível. Suas histórias de vida e seu carinho ficarão marcados em mim para sempre.

Enfim, agradeço a todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização desse sonho. Acredito que mais uma etapa da minha vida se cumpre, e que novas e desafiadoras etapas ainda estão por vir.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
SEÇÃO I: ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA – ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: UM OLHAR SOBRE A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL.....	12
3 ACOLHIMENTO: POSSIBILIDADE DE PROTEÇÃO.....	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
SEÇÃO II: SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS.....	22
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 MÉTODO.....	25
2.1 Participantes.....	25
2.2 Procedimentos	26
2.3 Instrumentos	27
2.3.1 <i>Ficha de Dados Sociodemográficos</i>	27
2.3.2 <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>	27
2.3.3 <i>Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência (IEEIA)</i>	28
2.3.4 <i>Inventário de Depressão Infantil (CDI)</i>	28
2.4 Análise dos Dados.....	29
2.5 Considerações Éticas.....	29
3 RESULTADOS.....	29
4 DISCUSSÃO.....	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
ANEXOS.....	53
APÊNDICE.....	69

SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS

INTRODUÇÃO

Historicamente, as casas de acolhimento institucional foram adotadas como uma das primeiras formas de proteção aos direitos da criança e do adolescente. No Brasil, surgiram no século XVIII: em Salvador, no ano de 1726; no Rio de Janeiro, em 1738; e no Recife, em 1789. Em 1822, após a proclamação da Independência, a questão da pobreza passou a ser considerada como um fator negativo para o desenvolvimento econômico. Nessa perspectiva, crianças de rua ou abandonadas representavam as dificuldades enfrentadas pela população. Como resposta, a atenção individual dada a essas crianças passou a ser asilar. Somente em 1927, através do Decreto nº 17.943-A, constituiu-se o Código de Menores (atual Estatuto da Criança e do Adolescente [ECA]), que visava, então, à proteção e à assistência aos menores. Finalmente, no início do século XX, as obras filantrópicas de atenção à criança em situação irregular se multiplicaram (Baptista, 2006).

Hoje, no Brasil, são 1867 casas de acolhimento, que abrigam em torno de 30 mil crianças e adolescentes pelos mais variados motivos (Conselho Nacional de Justiça [CNJ], 2011). Entre esses motivos, encontra-se negligência, abandono, violência, abuso de drogas por parte dos pais ou responsáveis e carência de recursos materiais (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2003; Oliveira, 2006; Vitale, 2006; Brasil, 2009).

Essas situações de violência (negligência, abandono, abuso físico e sexual) estão potencialmente associadas a graves consequências para o desenvolvimento geral de crianças e adolescentes. Entre as sequelas, destacam-se o envolvimento com álcool e drogas ilícitas, além da iniciação precoce da vida sexual – resultado das dificuldades emocionais, psicológicas e até mesmo cognitivas dessas crianças, que aparecem também no atraso do desenvolvimento físico e mental (Johnson, Browne & Hamilton-Giachritsis, 2006; Brasil, 2009; Erol, Simsek & Munir, 2010).

Entretanto, ainda que o objetivo fundamental do acolhimento institucional seja a garantia do atendimento das necessidades das crianças e dos adolescentes, esse propósito nem sempre é atingido, visto que estes já trazem uma história pessoal de privação. Na verdade, a realidade institucional está intimamente ligada às vivências traumáticas anteriores das crianças e dos adolescentes. Para Souza e Jorge (2006, p. 25), “essas relações traumáticas, atos violentos ou omissões, mesmo quando não são fatais, geram danos à saúde, pois causam

sequelas e incapacidades temporárias ou permanentes, provocando sofrimentos físicos e emocionais frequentemente associados à necessidade de atendimento médico”.

Assim, levando em conta a importância do processo de institucionalização em uma pesquisa cartográfica realizada por Ayres, Pereira e Cardoso (2009) no período de 2000 a 2008, acerca da temática “acolhimento institucional” foi identificada a fragilidade da rede de proteção oferecida às crianças e aos adolescentes, o que fortalece a permanência destes em abrigos, já que são desassistidos pelas demais alternativas de proteção. Esse estudo ainda alerta para uma questão primordial, que é a fragilidade das famílias carentes, sendo que a maioria das crianças institucionalizadas possui família e permanece nos abrigos por uma precariedade da rede de proteção, o que não gera mudança no quadro que se apresenta.

Nesse sentido, Fernández Millán, Hamido-Mohamed e Ortiz-Gómez (2009) apontam que mesmo o acolhimento institucional sendo um motivo de relevante preocupação, não é este o motivo que leva as crianças e os adolescentes a transtornos emocionais e cognitivos. Para estes autores, as vivências anteriores a essa experiência são sentidas com mais intensidade pelas crianças, causando, assim, um dano em seu desenvolvimento. Ou seja, é a história pregressa de negligência e maus-tratos que causa tais problemas de comportamento. Entretanto, várias pesquisas investigam as condições de saúde de crianças e adolescentes institucionalizados para que se possa chegar a uma resposta, visando o melhor atendimento das demandas dessa população.

A realidade de maus-tratos na infância se configura, portanto, como uma preocupação no âmbito social (Ramos & Oliveira, 2008), uma vez que o impacto causado por essa violência pode ser observado ao longo da vida e se apresenta das mais variadas formas, que vão desde transtornos depressivos até comportamentos agressivos (Reichenheim, Hasselmann & Moraes, 1999; Dell’Aglío & Siqueira, 2006; Wathier & Dell’Aglío, 2007; Fernández Millán, Hamido-Mohamed & Ortiz-Gómez, 2009). Sendo assim, faz-se necessária uma maior atenção ao fenômeno, a fim de que essas consequências possam ser compreendidas, para, posteriormente, serem desenvolvidas ações capazes de tornar menor o impacto que os maus-tratos causam na vida dos que as vivenciam.

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cerca de 50% dos transtornos mentais têm início antes dos 14 anos de idade, e 70% deles, antes dos 24 anos de idade. A UNICEF alerta que a prevalência de transtornos mentais em meio a adolescentes vem aumentando nos últimos 20 a 30 anos, e está associada ao rompimento das estruturas familiares, ao desemprego crescente entre jovens e às aspirações educacionais e profissionais irrealizáveis das famílias em relação a seus filhos (UNICEF, 2011). Levando em conta a

institucionalização associada à saúde e à vida de crianças e adolescentes, é importante identificar suas demandas psicológicas, para que, assim, se disponham recursos que possibilitem a essa população acesso à saúde, educação, emprego, convívio familiar e comunitário, além de outros fatores necessários para um bom desenvolvimento, físico, emocional e cognitivo.

Com base nos dados apresentados, iniciamos a realização da presente dissertação, tendo como finalidade o estudo exploratório sobre a saúde mental de crianças e adolescentes institucionalizados na região norte do Rio Grande do Sul. Partindo das pesquisas publicadas sobre o assunto, tivemos a oportunidade de adquirir um maior conhecimento sobre os trabalhos até aqui já realizados, possibilitando-nos avançar para uma maior compreensão do assunto em questão.

A metodologia adotada, nesse trabalho, serve de aporte indispensável para a compreensão das condições gerais de saúde mental de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional. Esse método diz respeito à aplicação de escalas e de instrumentos quantitativos, que nos auxiliaram no levantamento dos principais sintomas apresentados pelas crianças, eventos estressores e o impacto desses eventos, além do levantamento dos dados sociodemográficos, que permitiram o acesso a informações atuais e progressas, auxiliando na compreensão e análise dos dados.

Na Seção I desta dissertação, será apresentado o artigo teórico, abrangendo os aspectos relevantes aos dados histórico do acolhimento institucional, no que se refere às primeiras casas de acolhimento, ao ECA e, ainda, à forma como a psicologia discute essa questão. Após essa tomada histórica, são mencionados os fatores de risco e proteção associados ao acolhimento, bem como o que os estudos atuais apontam sobre a institucionalização de crianças e adolescentes.

Na Seção II, por sua vez, apresenta-se o estudo empírico que teve como objetivo investigar as características (o impacto) das principais vivências de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional e identificar a prevalência de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes no grupo investigado. Para tanto, foram entrevistados 41 crianças e adolescente com idade de 7 a 18 anos, além dos monitores das casas. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Depressão Infantil (CDI), o Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência (IEEIA), o Child Behavior Checklist (CBCL) e a Ficha de dados sociodemográficos.

SEÇÃO I – ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: UM OLHAR SOBRE A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão de literatura sobre a questão da saúde mental de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional, visando a identificar suas características psicológicas e suas demandas emocionais. Os estudos já realizados vêm apontando que as crianças e os adolescentes expostos ao acolhimento institucional apresentam maiores índices de depressão e de dificuldades escolares, além de terem distorções em sua autoimagem, o que aumenta o risco de envolvimento com drogas e álcool. Por outro lado, alguns estudos reconhecem o papel social e afetivo que os cuidados institucionais exercem na vida dessas crianças, que, muitas vezes, encontram nesses locais ambientes organizados e estruturantes. Assim, entende-se que a opção pela institucionalização pode apresentar-se como uma medida de fato protetiva, que oferece às crianças e aos adolescentes a possibilidade de reorganização, reestruturação e construção de novos vínculos significativos, desde que sejam oferecidas possibilidades de experiências afetivas e de atenção adequadas.

Palavras-chave: Saúde mental. Institucionalização. Crianças. Adolescentes.

ABSTRACT

This article presents a review of the literature about mental health issues of institutionalized children and adolescents, aiming to identify their psychological characteristics and emotional demands. The studies in the field indicated that institutionalized children and adolescents present greater depression and school related problems, besides presenting self image distortions, which increase the risk of drug and alcohol involvement. On the other hand, some studies recognize the social and affective role that institutionalized care exerts in the life of these children, which frequently encounter in the institution organized and structured environments. This way, it is understood that the option for institutionalization might be a protective measure that offer to children and adolescents the possibility of reorganization, restructuring and building of new bonds, provided that adequate affective and attention experiences are provided.

Keywords: Mental health. Institutionalization. Children. Adolescents.

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental dos indivíduos está intimamente ligada aos cuidados despendidos nas fases iniciais de seu desenvolvimento, bem como na continuidade dessas experiências ao longo da infância e da adolescência. Nesse processo, o papel desempenhado pelo cuidador é fundamental, pois, através de seu comportamento e afeto, proporciona condições para um crescimento saudável, levando em conta todos os aspectos das necessidades da constituição infantil (Freud, 1914/1988; Bowlby, 1989; Winnicott, 1996).

Todavia, nem todas as crianças e os adolescentes vivenciam esses cuidados no ambiente familiar de maneira adequada; ao contrário, muitas enfrentam situações de grave desamparo, que resultam no acolhimento institucional, com o rompimento provisório ou permanente do vínculo familiar (Cavalcante, Magalhães & Pontes, 2007; Fernández Millán, Hamido-Mohamed & Ortiz-Gómez, 2009).

Para Low e Eth (2006), a necessidade de institucionalização infantil, ao longo da história, é um indicativo das consequências de dificuldades sociais, econômicas, médicas e políticas das sociedades no cuidado de suas gerações. Tais dificuldades implicam não somente uma perspectiva de vulnerabilidade imediata da dimensão familiar, mas também de aspectos amplos de interação desses distintos elementos.

No Brasil, de acordo com o ECA (1990), a necessidade de retirada da criança do convívio familiar é justificada sempre que seus direitos forem ameaçados ou violados, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável, e em razão de sua conduta. Entretanto, o ECA reconhece a importância da manutenção dos vínculos familiares. O ECA prevê, ainda, que o acolhimento institucional e/ou familiar deve levar em conta as necessidades pedagógicas das crianças e dos adolescentes, dando preferência, sempre, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e à reintegração à família.

Nesse sentido, os órgãos governamentais, tais como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), realizam um trabalho preventivo, com o objetivo a manutenção da criança ou do adolescente em sua rede social e familiar. Ainda assim, em inúmeras situações, a manutenção da criança ou do adolescente na rede familiar não é possível, razão pela qual torna-se necessário o acolhimento institucional.

De acordo com o Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos (CNCA) – instituído pelo CNJ em outubro de 2009, com objetivo de reunir informações sobre crianças e

jovens que vivem em situação de acolhimento institucional –, 30.546 crianças e adolescentes vivem em abrigos ou estabelecimentos mantidos por organizações não-governamentais no Brasil. Esse cadastro aponta ainda que existem 1.876 entidades em todo o país voltadas para o acolhimento. O estado com o maior número de casas de acolhimento é São Paulo, com um total de 346 unidades, que oferecem 6.509 vagas, seguido de Minas Gerais, com 314 estabelecimentos e um total de 5.611 vagas disponíveis (CNJ, 2011).

Ao identificar os motivos que levam ao acolhimento institucional, o trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente (NCA) e pela Associação dos Assistentes Sociais e Psicólogos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (AASPTJ-SP) destacou, em primeiro lugar, o abandono e/ou a negligência, seguido por problemas relacionados à saúde e à situação financeira, a violência doméstica e, por último, o uso de drogas ou álcool por parte dos familiares como motivo do acolhimento institucional (Oliveira, 2006). Já o Levantamento Nacional (IPEA, 2006) indicou a pobreza, seguida pelo abandono, a violência doméstica e a dependência química dos pais/responsáveis, como motivos para tal medida (Oliveira, 2006).

Em outro estudo, Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007), em uma análise dos aspectos gerais de crianças e adolescentes abrigados em Belém, no período de 2004 a 2005, verificaram que 40,41% foram encaminhados ao abrigo por uma conjunção de fatores relacionados às condições de privação material e emocional a que foram submetidos, geralmente desde o nascimento. Dessas crianças, 34,84% foram encaminhadas ao abrigo antes de completar um ano de idade, e 9,4% delas permaneceram no abrigo por um período de tempo que variou de um a seis anos. Assim, embora o ECA (1990) determine que a falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar, observa-se que carência de meios de cuidado e proteção das crianças é um sinal da extrema pobreza e vulnerabilidade das famílias brasileiras e que, por isso, tem se tornado um relevante fator de afastamento familiar.

Todavia, os fatores associados ao acolhimento institucional que se constatarem no Brasil também são observados em estudos internacionais, tais como o realizado na Turquia (Erol, Simsek & Munir, 2010), o qual indicou que, embora em culturas diferentes, os motivos que levaram ao acolhimento institucional se assemelham. Em um estudo transversal realizado naquele país, pôde-se observar que a principal razão para a institucionalização foi a ruptura familiar (68,9%), seguida da pobreza (15,7%), do abandono (8,4%) e do abuso físico ou sexual (5,4%). Somente 31,2% dos jovens eram órfãos. Da mesma forma, em estudo realizado na Espanha (Fernández Millán, Hamido-Mohamed & Ortiz-Gómez, 2009), com 182 menores

de quatro a 18 anos em acolhimento institucional, verificou-se que o acolhimento resultava de abandono físico, maus-tratos, drogadição ou prisão dos pais, e da incapacidade de tomar conta dos filhos. Observou-se, ainda, que tais causas variavam de acordo com a história de cada uma das crianças, distinguindo-se entre os motivos do acolhimento a carência econômica (42,59%) e a incapacidade dos pais para cuidar dos seus filhos (24,07%). Portanto, tanto dados nacionais como internacionais marcam a questão financeira como um fator importante de acolhimento.

Para além da questão identificatória dos motivos que levam ao acolhimento infantil, Cavalcante, Magalhães e Pontes (2009) pontuam que é necessário ter presente o impacto que a história de vida dessas crianças e adolescentes gera em seu desenvolvimento. Soma-se a esse dano, o fato de que a entrada nas casas de acolhimento, muitas vezes, configura-se como traumática, em função do afastamento do convívio familiar. Assim, um encaminhamento que originalmente se dirige para a proteção desses grupos vulneráveis pode tornar-se outra experiência dolorosa. Complementando esse aspecto, os autores mencionam que as marcas de privação material e afetiva originárias do acolhimento institucional permanecem com a criança, a qual precisa ainda adaptar-se ao contexto institucional, muitas vezes precário no que se refere à atenção individualizada a essas demandas. São frequentes, então, casos de doença física e emocional em crianças e adolescentes acolhidos. Tais casos demandam ações de cuidado mais especializado e atento aos aspectos e processos envolvidos no acolhimento institucional.

Nessa perspectiva, é importante identificar as condições gerais de saúde mental das crianças e dos adolescentes que vivenciam o acolhimento, para que seja possível aos técnicos atuarem sobre os efeitos dessa experiência no desenvolvimento infantil. Considerando esses elementos, este trabalho organiza-se com o objetivo de apresentar e discutir tanto os aspectos de risco como os de proteção, decorrentes do acolhimento institucional, com base em estudos e pesquisas que abordam o tema. Assim, a partir de abordagens iniciais – originadas de trabalhos da época da II Guerra Mundial, sobre o impacto da institucionalização infantil – bem como de trabalhos posteriores sobre institucionalização, são apontados os aspectos associados às características de maior vulnerabilidade dessas situações, destacando especialmente posicionamentos sobre o desenvolvimento emocional e cognitivo, bem como sobre características do vínculo infantil. Introduzem-se igualmente perspectivas sustentadas em uma ótica de proteção, principalmente salientando os elementos promotores de resiliência nos casos de acolhimento institucional.

2 ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Conforme Johnson, Browne e Hamilton-Giachritsis (2006), as consequências negativas da institucionalização infantil têm sido reconhecidas há várias décadas. Iniciados na época da II Guerra Mundial, estudos sobre essa medida indicavam que a separação prolongada da família nos primeiros cinco anos de vida, em função da necessidade de evacuação das casas como medida de proteção configurava-se como um importante fator externo na causa de delinquência. Apesar da aparente adaptação a novas pessoas, foi observado que as crianças não reconheciam suas mães quando voltavam para suas casas. Esse fato sugere uma possível alteração em seu caráter e revela que a sensação de abandono experimentada, quando afastadas de suas famílias, pode ter sido muito mais intensa do que a experiência real de tristeza (Winnicott, 1987).

Da mesma forma, para Bowlby (1995), as crianças que sofreram privação total do convívio com a mãe ou cuidador substituto sofriam danos severos no desenvolvimento da personalidade, podendo até mutilar a capacidade de estabelecer relações com outras pessoas. Estudos com jovens infratores levaram este autor a concluir que a maioria deles havia vivenciado relações insatisfatórias em seus primeiros anos de vida, ficando, assim, predispostos a reagirem de forma antissocial (Bowlby, 1989).

Com base na teoria psicanalítica, esses primeiros trabalhos voltaram-se principalmente para o processo de vinculação (ou ausência de vinculação) da criança ao cuidador (Winnicott, 1987; Bowlby, 1995), sublinhando, principalmente, os aspectos ligados à privação ocorrida quando da institucionalização. Esses trabalhos tiveram a importante função de consolidar a compreensão da necessidade de cuidados afetivos e estáveis nos anos iniciais do desenvolvimento humano, considerando-se, inclusive, que a base da saúde mental de um grupo está associada aos cuidados oferecidos nessa fase da vida.

Apesar da maior conscientização sobre a importância dos cuidados iniciais para o desenvolvimento humano, ainda hoje, inúmeras crianças e adolescentes vivem em situação de vulnerabilidade social, condição que a curto e a longo prazo pode gerar graves consequências para seu desenvolvimento. Nessa direção, diversos estudos (Johnson, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2006; Brasil, 2009; Erol, Simsek & Munir, 2010) têm identificado nos adultos que vivenciaram experiências de privação e institucionalização na infância, o posterior envolvimento com álcool e drogas ilícitas, além da iniciação precoce da vida sexual e transtornos depressivos – resultado das dificuldades emocionais, psicológicas e até mesmo cognitivas.

Uma revisão sistemática de literatura realizada por Johnson, Browne e Hamilton-Giachritsis (2006) no período de 1993 a 2003, compreende 27 artigos sobre apego, comportamento social e cognitivo de crianças e adolescentes europeus institucionalizados, com idade de 0 a 17 anos. Esse estudo conclui que crianças que vivem em instituições correm o risco de sofrer danos em termos de desordem emocional, de atraso no relacionamento social e também nos domínios cognitivos e comportamentais. Em relação aos estudos que avaliaram características de apego de crianças, os resultados dos trabalhos sugerem que a falta de um relacionamento individual com o cuidador é a principal causa de danos a essas crianças, associados a patologias importantes de apego. Da mesma forma, dos 17 estudos que investigaram o desenvolvimento social e comportamental, somente uma pesquisa indicou dados inconclusivos em relação à institucionalização. Por último, a cognição também foi identificado como prejudicado em 12 dos 13 artigos sobre o tema.

Porém, Johnson, Browne e Hamilton-Giachritsis (2006) advertem: essas dificuldades não decorrem somente do fato de a criança estar institucionalizada. As condições da institucionalização também são fatores que interferem no desenvolvimento infantil. Muitas instituições, por exemplo, apresentam dificuldades em manter cuidados individualizados e atentos às peculiaridades de cada criança. Na verdade, esses cuidados devem ter início no período da acolhida, desde o momento da retirada das crianças e dos adolescentes das famílias de origem para a inserção nas casas de acolhimento, considerando as especificidades e as demandas de cada caso.

Assim, levando em conta a importância das relações de cuidados nos primeiros anos de vida, estudo realizado na Romênia por Zeanah, Smyke, Koga e Carlson (2005), que tomou como foco principal o desenvolvimento do apego em crianças institucionalizadas e não-institucionalizadas, identificou graves perturbações de apego nas pertencentes ao primeiro grupo. Mesmo assim, para esses autores, ainda que difícil, uma relação positiva com os cuidadores é possível, principalmente para o aumento da formação de um apego mais seguro, e ela se dá através de respostas sensíveis do cuidador para o sofrimento da criança. Por isso, as crianças que passam por um processo de institucionalização necessitam de cuidadores extremamente devotados ao estabelecimento de novos vínculos. Nesse aspecto, reconhece-se que os cuidados oferecidos por muitas casas de acolhimento configuram-se como mais adequados do que os recebidos por essas crianças em seus contextos de origem, o que facilita a construção de futuros relacionamentos (Johnson, Browne & Hamilton-Giachritsis, 2006).

Com base nessas questões, verifica-se que o acolhimento institucional é uma situação complexa, que envolve distintos aspectos de risco e vulnerabilidade, mas também

possibilidades de proteção e resiliência. Talvez o famoso estudo realizado por Perry, Sigal, Boucher e Paré (2006) sobre as Crianças de Duplessis (Les enfants de Duplessis) – o qual acompanhou 81 adultos, com uma média de idade de 59 anos, que haviam sido institucionalizados quando crianças em um orfanato em Quebec no Canadá – seja um exemplo da interação entre as situações de risco e trauma, vividas pelos sujeitos, e a força protetora de algumas características pessoais na vida adulta posterior dessas pessoas. Nesse trabalho, foram identificadas, na maioria dos grupos, experiências significativamente traumáticas, associadas a dificuldades emocionais importantes na vida adulta. Todavia, constatou-se que os adultos avaliados como possuidores de maiores recursos pessoais na infância, tais como sociabilidade, assertividade, autoproteção, persistência, interesse por esportes, artes, capacidade de ajudar os outros, dentre outros, tiveram uma adaptação mais positiva na vida adulta.

Analisando fatores específicos de interação das crianças institucionalizadas e seu ambiente cuidador, Fries e Pollak (2004) observaram dois grupos de crianças com uma média de seis anos de idade: um dos grupos era composto de crianças institucionalizadas, e outro, de crianças que viviam com suas famílias biológicas. O estudo permitiu concluir que as experiências sociais precoces têm um papel significativo no desenvolvimento dos processos afetivos básicos. Chegaram a essa conclusão após terem mostrado às crianças fotos com expressões faciais e solicitado que elas as associassem a emoções. As 18 crianças institucionalizadas tiveram maior dificuldade em reconhecer e associar as emoções, e essa dificuldade era proporcional ao número de experiências de negligência. Entre as deficiências dos cuidados institucionais está a ausência de experiências de aprendizado emocional satisfatório, ou seja, as dificuldades em lidar com as emoções estão intimamente ligadas à falta de experiência de cuidados satisfatórios nos primeiros anos de vida. A experiência de um cuidado seletivo e atento, ao contrário, possibilitava uma maior capacidade de reconhecimento emocional, indicando que a colocação em um ambiente familiar propício aumentava o aprimoramento dessa função.

Ainda refletindo sobre as experiências sociais precoces, pesquisa feita por Maclean (2003) no Canadá, que objetivou revisar as questões do desenvolvimento de crianças que vivenciaram um processo de privação emocional precoce, por meio do acolhimento institucional, apontou impacto negativo da institucionalização. Destacam-se, nesse estudo, os aspectos que dizem respeito, mais especificamente, a seu desenvolvimento intelectual, físico, comportamental e socioemocional, como QIs mais baixos, dificuldades de raciocínio e atenção, além de dificuldade na construção de um apego saudável. Esse mesmo estudo

também aponta que, mesmo com indicativos potencialmente negativos, a institucionalização, embora seja um fator de risco por falta de cuidado ideal, não condena uma criança à psicopatologia, uma vez que se devem considerar as experiências de vida anteriores e posteriores à institucionalização.

Já em estudos nacionais, considerando as vivências traumáticas da institucionalização e o impacto no desenvolvimento psicossocial infantil, Serafini (2004) e Serafini, Ávila e Bandeira (2005) realizaram uma investigação sobre as características das respostas dadas ao Teste das Fábulas por 62 crianças de ambos os sexos, com idade de 4 a 11 anos, que viviam em casas de acolhimento. As respostas, em geral, remeteram às reações diante da situação de abandono vivenciada por elas. Observou-se que as maiores diferenças encontradas dizem respeito à faixa etária. Para as crianças de pouca idade, o abandono é entendido como uma forma de agressão; para as mais velhas, a culpa de tal acontecimento é delas. Além disso, foram encontradas nesse estudo novas categorias de fantasias, estados emocionais e mecanismos de defesa, tais como agressão familiar, dor, fome e frio. Observando tais aspectos, Serafini (2004) analisa que, pelo fato de morarem sem ter contato parental ou ter pouco contato com os pais, as crianças, dependendo da idade, lançam mão de recursos internos específicos como forma de sobrevivência. As crianças menores utilizam mecanismos como distorção – que é uma forma de saírem de situações indesejadas, construindo uma nova história imaginária – e idealização – como uma saída da posição depressiva. Passam, então, a uma forma adaptativa de preservação da própria vida.

Além dos indicativos mencionados até aqui, ainda associados à vivência institucional, encontram-se questões de autoimagem das crianças. Em um estudo com 37 meninos institucionalizados e 32 não-institucionalizados, com a mesma faixa etária e escolaridade, Pasion e Jacquemin (1999) observaram que a autoimagem dos pertencentes ao primeiro grupo se apresentava como impactante e disfuncional, uma vez que eles foram retirados do convívio familiar. Essa construção da autoimagem menos positiva e carregada de agressividade estava intimamente ligada a essa experiência de vida, aliada às vivências fora do abrigo, e denunciava altos índices de instabilidade emocional. Esse mesmo estudo apontou outro dado que merece atenção: crianças e adolescentes que estavam há mais tempo sob os cuidados da instituição apresentaram uma melhora em sua imagem corporal e autoconcepção, indicando que a instituição, ao oferecer um espaço diferenciado daquele em que viviam em seus antigos contextos, possibilitou uma diminuição de transtornos emocionais.

Outros fatores, como o desempenho escolar e sintomas depressivos, são alvo de investigação em crianças e adolescentes institucionalizados. Dell’Aglío e Hutz (2004)

investigaram 215 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com idade de 7 a 15 anos, divididos em dois grupos: um grupo de participantes morava em casas de acolhimento, e o outro, com suas famílias. Esse estudo apontou uma média mais alta de depressão entre as meninas no grupo institucionalizado. O desempenho escolar apresentou médias mais baixas para crianças institucionalizadas, o que, segundo as autoras, pode estar relacionado ao fato de que a família desempenha papel importante no rendimento escolar. Em suma, o estudo sugere que, embora as casas de acolhimento institucionais busquem suprir as necessidades básicas das crianças e dos adolescentes, as relações afetivas estabelecidas nas instituições não conseguem suprir as demandas de algumas crianças.

Ainda com relação à aprendizagem, também para Suehiro e Rueda (2007), um ambiente estimulador interfere na capacidade perceptomotora. Por exemplo, com relação às diferenças no desempenho no *Bender-Sistema de Pontuação Gradual* (B-SPG) entre crianças institucionalizadas e não-institucionalizadas, as autoras puderam perceber que crianças não-institucionalizadas apresentam um desempenho significativamente superior ao das institucionalizadas, que demonstram um desenvolvimento perceptomotor comprometido. Para esses autores, a superioridade apresentada pelas crianças que vivem com suas famílias está intimamente ligada à segurança emocional e material decorrente da presença de familiares e de um ambiente estimulador, o que, além de interferir no amadurecimento perceptomotor, também está ligado à aquisição da aprendizagem.

Infelizmente, o acolhimento institucional está, em geral, associado a vivências traumáticas que causam sofrimento e dano ao desenvolvimento de crianças e adolescentes que passam por essa experiência, embora muitos deles já tragam consigo uma trajetória de maus-tratos e abusos. Nesse sentido, em uma investigação, realizada na Espanha, com 182 crianças e adolescentes de 4 a 18 anos, em situação de acolhimento institucional, Fernández Millán, Hamido-Mohamed e Ortiz-Gómez (2009) identificaram que eles apresentavam maior dificuldade de adaptação social, problemas escolares e condutas disruptivas de caráter agressivo. Entretanto, os autores destacam não ser, necessariamente, a institucionalização a causadora das dificuldades emocionais e cognitivas. Em sua concepção, essas dificuldades podem ter origem na história pregressa traumática de maus-tratos e negligência; por isso, lançam uma perspectiva interessante de reconhecimento do papel das casas de acolhimento no sentido de promoção de saúde mental.

3 ACOLHIMENTO: POSSIBILIDADE DE PROTEÇÃO

Estudos nacionais sobre a institucionalização de crianças e adolescentes sugerem que o acolhimento pode ser uma oportunidade de transformação na trajetória de vida dessas crianças, visto que, para muitas delas, a mudança proporciona novas experiências de vida e uma nova oportunidade de crescimento e reorganização (Dell’Aglío, 2000). Além disso, alguns estudos vêm mostrando a possibilidade de construção de novos vínculos afetivos e novos referenciais, que são proporcionados pelo abrigo, através de sua estrutura e organização, o que pode ser um indicativo de saúde e resiliência (Alexandre & Vieira, 2004; Dalbem & Dell’Aglío, 2008).

Nessa direção, o acolhimento institucional pode apresentar um conjunto de vantagens frente a outros tipos de cuidados substitutivos (Zurita & Fernández del Valle, 1996). Entre as vantagens, menciona-se o menor número de rupturas e de adaptações mal sucedidas em função da natureza da própria organização desses locais, que tendem a se constituir como contextos mais estruturados, com limites claramente definidos para os comportamentos. Além do espaço organizado, são oferecidos às crianças e aos adolescentes serviços especializados para o tratamento de problemáticas específicas e, ainda, a convivência grupal, que favorece a construção da identidade, através da identificação com os pares, suas condutas e seus papéis (Martins, 2005).

Nesse sentido, Alexandre e Vieira (2004), em uma investigação com 14 crianças de ambos os sexos, com idades entre 3 e 9 anos, identificaram que os vínculos com os irmãos mais velhos propiciavam trocas de afeto e cuidado, o que se evidenciou principalmente na relação de meninas mais velhas com seus irmãos mais novos. Além do vínculo entre irmãos, os autores observaram que a brincadeira social também promovia interações afetivas. Assim, os autores puderam concluir que, na falta de um adulto significativo, as crianças formam relações de apego umas com as outras, o que representa, para elas, um importante fator de resiliência.

Considerando a importância da segurança emocional para o bom desenvolvimento de crianças e adolescentes, as redes de apoio oferecidas apresentam-se como fundamentais nesse processo. Estudo realizado por Siqueira, Betts e Dell’Aglío (2006), com 35 adolescentes, de 11 a 16 anos, em situação de acolhimento institucional, revela que a família aparece como uma das principais fontes de proteção reconhecidas pelos adolescentes, o que remete a uma vinculação ainda existente entre eles e seus familiares, ainda que afastados. Tendo em mente essa questão – o significado e a importância do contexto familiar para crianças e adolescentes

– Martins e Szymanski (2004), em um estudo com 10 crianças, sendo três meninos e sete meninas, com idade de 5 a 8 anos, objetivaram identificar, por meio da observação, como a família é representada por crianças que vivem em instituições. Para isso, utilizaram o jogo simbólico como meio de investigação. Foram utilizados equipamentos como câmera de vídeo e gravador para registrar, na hora das brincadeiras, as ações das crianças, que foram observadas em grupo pelas pesquisadoras. Através do brincar de casinha, pôde-se constatar que, mesmo com o afastamento do convívio familiar, os padrões familiares se mantêm nos moldes nucleares. A experiência do faz-de-conta possibilitou às crianças desempenharem papéis e experiências que vivenciariam em algum momento de sua vida, tais como a construção de uma família harmônica, capaz de solucionar seus problemas. Essa constatação evidencia a importância da estrutura oferecida às crianças pelas casas de acolhimento, uma vez que, para se desenvolverem globalmente, necessitam estar ligadas a pessoas dispostas a lhes oferecerem atenção e carinho, o que não se encontra exclusivamente em meio familiar.

Seguindo essa linha de pensamento, Dalbem e Dell’Aglío (2008) destacam que a promoção de saúde e resiliência nos abrigos pode ocorrer através do estabelecimento de relações microssociais positivas e das atividades construtivas naquele contexto, já que o apoio social também representa um dos fatores importantes na promoção de resiliência das crianças. Em um estudo sobre a representação do apego, realizado com três adolescentes institucionalizadas, do sexo feminino, entre 12 a 14 anos de idade, que tiveram ruptura com a figura materna biológica nos primeiros cinco anos de vida, as autoras verificaram que o abrigo oferecia fatores de proteção, tais como uma estrutura organizada – que facilita, de maneira positiva, a integração na sociedade, no grupo de pares e na escola – bem como figuras de identificação, que são os monitores. Esses fatores ativavam processos de superação e enfrentamento das vivências traumáticas, promovendo a autoestima, a autoeficácia e o estabelecimento de novos apegos significativos.

Para Mota e Matos (2008), embora a institucionalização em casas de abrigo seja uma experiência que produz em crianças e adolescentes sentimentos de perda, de medo e desconfiança em relação ao desconhecido – condição que dificulta a integração –, novos vínculos são estabelecidos, os quais permitem reestruturar nos jovens bases seguras. As autoras pontuam, então, o caráter transformador das relações afetivas, que podem acontecer tanto dentro como fora das casas de acolhimento. Tais vínculos possibilitam o crescimento da autoestima de crianças e adolescentes, além de facilitar o processo de adaptação social.

Da mesma forma, Gonçalves (2008), em estudo com um grupo de nove crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idade de 10 a 15 anos, identifica aspectos positivos do

acolhimento institucional, levando em conta aquilo que as crianças conseguem reconhecer como relações positivas provenientes da institucionalização. Elas mencionam que a instituição ensinou-lhes as regras necessárias para o convívio social, o que seria impossível nas condições em que viviam, além de afastar a possibilidade de se tornarem marginais. Pode-se dizer que a instituição se utilizou de estratégias positivas no atendimento dessas crianças vitimizadas. Tais estratégias dizem respeito aos cuidados e à atenção dedicados a elas, em um espaço organizado e familiar.

Reconhece-se, pois, que as casas de acolhimento institucional oferecem às crianças um espaço organizado, em melhores condições financeiras e afetivas, o que não era proporcionado por suas famílias. Conforme a instituição tem condições de se colocar como rede de apoio a essas crianças, elas passam a enfrentar as situações de vida estressoras com maior facilidade, pois encontram nas casas de acolhimento um espaço de proteção que facilita o seu desenvolvimento (Dell’Aglío, 2000).

Dessa forma, as casas de acolhimento institucional surgem como alternativa de garantia dos direitos de crianças e adolescentes, configurando-se como uma medida específica de proteção a eles. Todavia, esses locais devem ser considerados provisórios e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para a reintegração familiar ou de encaminhamento a uma família substituta (ECA, 1990). Assim, tais casas estão a serviço das crianças e dos adolescentes, visando à sua proteção e à preservação de sua saúde, em uma situação emergencial.

Observa-se, portanto, que o acolhimento configura-se como uma medida protetora e de sobrevivência, pois oferece as condições básicas para o desenvolvimento, tanto físico como emocional das crianças e dos adolescentes encaminhados, condições que não lhes eram oferecidas antes da entrada na casa (Wathier & Dell’Aglío, 2007; Dalbem & Dell’Aglío 2008; Gonçalves, 2008). Tais requisitos apontam para a importância de investimentos e de políticas de proteção para o atendimento das situações identificadas, bem como de estudos que investiguem as necessidades dessa população.

Entretanto, mesmo que o acolhimento institucional se configure como uma realidade presente em milhares de famílias brasileiras, são poucos os estudos que contemplam esse tema. Sobretudo, por tratar-se de uma situação complexa – que abrange desde questões políticas até constituintes de um indivíduo –, a realização de pesquisas voltadas para a questão do acolhimento institucional de crianças e adolescentes reveste-se de fundamental importância no contexto nacional. Tais estudos devem levar em conta a necessidade de medidas de prevenção, dirigidas ao desenvolvimento emocional dessa população, visando a

atender às demandas das crianças e dos adolescentes acolhidos, com ênfase na saúde mental e no convívio social (Zem-Mascarenhas & Dupas, 2001; Baptista, 2006; Siqueira & Dell’Aglío, 2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda hoje, observa-se que as políticas voltadas para as crianças e os adolescentes institucionalizados focam-se, em sua maioria, nos problemas e fracassos dessa população, o que, segundo Oriente e Souza (2007) é um equívoco. Tais políticas devem priorizar as possibilidades de reverter esse quadro, isto é, precisam voltar-se para a identificação das potencialidades dessas crianças, para, então, desenvolvê-las. Logo, torna-se fundamental conhecer esses indivíduos e suas vivências, para poder delimitar ações preventivas em distintos contextos, e intervenção nas situações diretas, de maneira que se atendam às suas necessidades.

A opção pela institucionalização pode apresentar-se como uma medida de fato protetiva, que oferece às crianças e aos adolescentes a possibilidade de reorganização, reestruturação e construção de novos vínculos significativos. Mesmo assim, através das constatações feitas pelos estudos aqui apresentados, observa-se que o acolhimento institucional é uma situação grave, associada a vivências de rompimento de vínculos significativos, e potencialmente geradora de maior vulnerabilidade no desenvolvimento infantil. Por isso, não pode ser minimizado o impacto da institucionalização para os sujeitos, tanto a curto como a longo prazo.

Isso requer, segundo Martins (2005), que a colocação em casas de acolhimento seja encarada não apenas como uma medida que visa a reparar ou a suprir uma falha familiar, mas também como uma oportunidade de transformação, tanto no aspecto individual da criança como também no âmbito familiar. Para tanto, a definição de critérios no acolhimento institucional, que levem em conta a situação em que a criança se encontra ao entrar na casa, seu nível de desenvolvimento e sua realidade familiar, fazem-se indispensáveis para o sucesso dessa medida.

Dessa forma, é imprescindível a atenção individual às demandas de cada caso, levando-se em conta as características do desenvolvimento de crianças e adolescentes e considerando distintas áreas como educação, saúde e, principalmente, os aspectos emocionais relativos às vivências traumáticas experienciadas em suas trajetórias de vida. Essa ideia também é proposta pelo UNICEF (2011), que ressalta a importância da individualização dos

cuidados ao lidar com crianças e adolescentes, e a necessidade de conhecer cada caso para poder atender a todos de acordo com suas demandas.

Todos os aspectos até o momento discutidos devem ser prioritários no planejamento, na organização e no atendimento de crianças e adolescentes que vivem em instituições de acolhimento. Esse cuidado implica que todos os profissionais envolvidos no processo – desde os responsáveis pelo encaminhamento da criança até o cuidador na casa-lar – recebam treinamento técnico para o trabalho e, fundamentalmente, tenham constante supervisão e apoio em suas tarefas. Esse trabalho – por vezes, árduo – envolve situações complexas, que devem ser reconhecidas, para que se possam oferecer vínculos alternativos saudáveis a essa população.

Além disso, entende-se aqui que tais cuidados devem ser percebidos como unidades de serviços inseridos na comunidade, e que eles podem desempenhar funções supletivas e complementares das funções das famílias, ou então substitutivas, agindo de maneira integrada aos restantes recursos de proteção. Assim, pode-se dizer que os cuidados institucionais não devem ser vistos como uma resposta exclusiva: devem estar articulados em sua atuação, funcionando em diferentes regimes de intensidade, suporte e níveis de intervenção, tendo em vista a individualidade e especificidade de cada caso ali posto (Martins, 2005).

Enfim, ainda que a eliminação da necessidade de acolhimento institucional infantil seja uma meta de difícil alcance em qualquer grupo social, deve-se, fundamentalmente, trabalhar no sentido de prevenir essas ações, procurando, sempre, o fortalecimento das redes sociais, comunitárias e familiares. É preciso, sobretudo, investir na manutenção dos vínculos primários, mesmo em situações de maior vulnerabilidade. Todavia, naqueles casos em que houver necessidade de alternativas institucionais, a perspectiva de promoção de saúde e resiliência deve ser o elemento sustentador dessas ações. Nessa direção, cabe uma ressalva importante: este objetivo somente será alcançado se as instituições estiverem atentas às necessidades das crianças e dos adolescentes, e se isso se refletir em cuidados, atendimento e planejamento de um trabalho que tenha qualidade e considere as singularidades das trajetórias de vida desses sujeitos.

SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO

SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar as experiências de vida traumáticas e a prevalência de transtornos emocionais em crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional. O grupo investigado foi constituído por 41 crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idade de 7 a 18 anos, provenientes de cinco casas de acolhimento, tanto governamentais como não-governamentais, localizadas na região norte do estado do Rio Grande do Sul. Para a obtenção dos dados, utilizou-se os instrumentos: *Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência (IEEIA)*, *Inventário de Depressão Infantil (CDI)*, *Child Behavior Checklist (CBCL)* e a Ficha de Dados Sociodemográficos. Os dados apontaram para a presença de transtornos emocionais em um número significativo de crianças e adolescentes, considerando suas histórias de vida marcadas por eventos traumáticos. Considerando esses dados, destaca-se a importância de eleger políticas públicas que contemplem as necessidades de crianças e adolescentes institucionalizados, a fim de que seus direitos sejam garantidos.

Palavras-chave: Institucionalização. Crianças. Adolescentes. Desordens emocionais.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify traumatic experiences and the prevalence of emotional disorders in institutionalized children and adolescents. Forty one children and adolescents between 7 and 18 years old constituted the group investigated from five governmental and non-governmental homes located in north region of Rio Grande do Sul state. To obtain data, the *Stressful Life Events Inventory*, the *Child Depression Inventory*, the *Child Behavior Checklist* and socio-demographic information were analyzed. Data indicated the presence of emotional disorders in a significant number of children, considering life trajectories damaged with traumatic events. Considering these aspects, it is important to develop public politics which address the needs of institutionalized children and adolescents in order that their rights are guaranteed.

Keywords: Institutionalization. Children. Adolescents. Emotional disorders.

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que, atualmente, cerca de 30 mil crianças e adolescentes brasileiros vivam em situação de acolhimento institucional, divididos em 1876 casas governamentais e não-governamentais espalhadas por todo o país (Conselho Nacional de Justiça [CNJ], 2011). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a retirada da criança do convívio familiar é justificada sempre que seus direitos forem ameaçados ou violados, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável, e em razão de suas condutas.

Nestes casos, o acolhimento institucional configura-se como uma medida excepcional e provisória de proteção aos direitos da criança e do adolescente (ECA, 1990). Entre os riscos e motivos potenciais que levam ao acolhimento institucional no Brasil, encontram-se a negligência, a pobreza, o abandono, a violência e a dependência química dos pais ou responsáveis (IPEA, 2003; Oliveira, 2006; Vitale, 2006; Brasil, 2009). Assim, a determinação de acolhimento institucional sustenta-se em uma intervenção protetora dos direitos da criança e do adolescente, em situação de vulnerabilidade, justamente por visar à garantia desses direitos, principalmente os de proteção e cuidado.

Contudo, ainda que a garantia dos direitos da criança e do adolescente se constitua como meta fundamental da institucionalização, as casas de acolhimento enfrentam sérias dificuldades para atingi-la. Ocorre que a vivência do rompimento familiar, bem como das experiências anteriores determinantes do afastamento, é uma situação grave e comprometedora do desenvolvimento infantil. De acordo com dados fornecidos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), os fatores que comprometem o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente incluem a pobreza e a pobreza extrema; a baixa escolaridade; a exploração do trabalho; a privação da convivência familiar e comunitária; a violência que resulta em assassinatos de adolescentes; a gravidez; a exploração e o abuso sexual; as DSTs/AIDS; e o abuso de drogas. A privação da convivência familiar e comunitária, associada ao acolhimento institucional, encontra-se em 4º lugar entre esses nove indicadores.

Em geral, quando encaminhados a casas de acolhimento institucional, crianças e adolescentes trazem consigo uma bagagem de maus-tratos, negligência e vivências anteriores potencialmente traumáticas. O impacto dessas vivências constitui graves riscos para o desenvolvimento, tanto intelectual como emocional, com repercussão nas fases posteriores – a adolescência e a vida adulta (Erol, Simsek & Munir, 2010). As pesquisas indicam que

crianças expostas ao acolhimento institucional apresentam maiores índices de depressão, dificuldades escolares, sentimento de culpa e desamparo – o que aumenta o risco de envolvimento com drogas e álcool – e salientam a importância da presença de um cuidador para a sua formação saudável (Dell’Aglia & Hutz, 2004; Serafini, 2004; Johnson, Browne & Hamilton-Giachritsis, 2006; Wathier & Dell’Aglia, 2007; Gonçalves, 2008; Mota & Matos, 2008; Fernández Millán, Hamido-Mohamed & Ortiz-Gómez, 2009; Schmid, Goldbeck, Nuetzel & Fegert, 2009; Erol, Simsek & Munir, 2010). Comprovando a importância de um cuidador, as investigações justamente têm mostrado que os efeitos mais marcantes no desenvolvimento situam-se no âmbito da vinculação e dos afetos (Formosinho, 2002).

Contudo, por trazerem histórias de maus tratos, não basta que o contexto institucional responda de forma geral às suas demandas. Ao contrário, a identificação e o atendimento especializado de suas necessidades são fundamentais para o êxito do processo.

Todavia, mesmo marcadas por trajetórias de grande vulnerabilidade, crianças e adolescentes institucionalizados têm possibilidades importantes de estabelecimento de novas vivências, pois as casas de acolhimento oferecem a eles a possibilidade de estabelecerem novos vínculos – com os cuidadores e com as demais crianças. Desse modo, a casa passa a ser um espaço de construção de novos relacionamentos afetivos significativos, com dimensões diferentes daqueles experimentados fora dela (Dalben & Dell’Aglia, 2008). Assim, o ingresso em instituições pode se constituir como uma oportunidade privilegiada de novas experiências de vida, principalmente de relações interpessoais.

Considerando, portanto, a alta prevalência de indicadores clínicos emocionais em crianças e adolescentes cujas trajetórias de vida são caracterizadas por vivências traumáticas, verifica-se a importância e a necessidade de se desenvolverem estudos que priorizem a identificação das características emocionais desse grupo social. Tais investigações são fundamentais para a implementação de padrões de qualidade, a fim de adequar a atuação dos profissionais e monitorar as suas práticas, bem como identificar os resultados provenientes dessa atuação (Martins, 2005).

Seguindo essa linha de pensamento, este estudo teve como objetivo principal investigar as características de saúde mental de crianças e adolescentes acolhidos institucionalmente. Nessa direção, procurou-se identificar a prevalência de distúrbios emocionais em um grupo de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional, bem como as experiências de vida traumáticas dessas crianças. Sobretudo, considera-se ser necessária uma maior atenção ao fenômeno, a fim de que sejam desenvolvidas ações capazes de tornar menor o impacto que os maus-tratos causam na vida dos que os vivenciam.

Conforme Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007, p. 1), conhecer esse processo “pode ser uma ferramenta que possibilita aos profissionais, autoridades e cuidadores, identificar, prevenir e reparar os efeitos dessa experiência para o desenvolvimento da criança”.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento quantitativo descritivo, transversal, que procurou identificar as características de saúde mental em crianças e adolescentes institucionalizados, por motivo de afastamento familiar, na região norte do estado do Rio Grande do Sul.

2.1 PARTICIPANTES

O alvo deste estudo foram 41 crianças e adolescentes provenientes de cinco casas de acolhimento, tanto governamentais como não-governamentais, localizadas na região norte do estado do Rio Grande do Sul. A composição da amostra deu-se a partir de uma listagem, fornecida pelo(a) Coordenador(a) de cada casa de acolhimento. A seleção dos participantes foi feita de forma não-aleatória, adotando como critérios de inclusão: a faixa etária (7 a 18 anos), o tempo de institucionalização (mínimo de seis meses) e a ausência de deficiências que impedissem a aplicação dos instrumentos. Assim, de um grupo em torno de 60 crianças e adolescentes em acolhimento institucional no momento da coleta de dados, foram selecionados 41, os quais atendiam aos critérios estabelecidos.

As casas governamentais eram subsidiadas pela Prefeitura de dois municípios da região norte, e cada casa acolhia, em média, 15 crianças. Essas casas eram supervisionadas por cuidadores do município, que trabalhavam em diferentes turnos, de acordo com escala e ofereciam às crianças e aos adolescentes acompanhamento psicológico, assistencial, oficinas e espaços lúdicos. Por sua vez, as casas não-governamentais eram financiadas por ONGs e funcionavam também como lares de acolhimento. Nelas, os funcionários eram técnicos contratados pela instituição. Em algumas dessas casas, os técnicos eram denominados *mães e padrinhos sociais*, de acordo com a política da instituição. Em termos de organização e estrutura de funcionamento, o fato de ser financiada, seja pelo município, seja por uma ONG, não configurava fator determinante na qualidade do atendimento. Observou-se que, tanto as governamentais como as não-governamentais, eram instituições organizadas, com boa infraestrutura física e humana.

2.2 PROCEDIMENTOS

Mediante a aprovação do Comitê de Ética da Unisinos através do Projeto nº CEP 11/055 (Anexo A), antes de pôr em prática este estudo, foi preciso primeiramente entrar em contato com os responsáveis pelas instituições, com o intuito de explicar os objetivos da pesquisa. Após essa etapa inicial de contato com os responsáveis legais pelas casas, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Além dos responsáveis legais pelas casas de acolhimento, assinaram o TCLE os monitores e as crianças e os adolescentes.

Foi, então, realizada uma visita de apresentação e ambientação, quando a pesquisadora pôde conhecer o espaço físico das casas, os profissionais e os sujeitos da pesquisa. Durante essas visitas, a pesquisadora permaneceu nas instituições observando e participando das atividades cotidianas das crianças e dos adolescentes, e também estabelecendo contato com os técnicos. Após essa etapa inicial, deu-se início à aplicação dos instrumentos, mediante agendamento de horários com os coordenadores de cada casa e com as crianças. Antes do início da aplicação dos instrumentos, foi explicado a cada participante qual o objetivo do estudo e como ele ocorreria.

A pesquisadora contou com uma equipe de dois auxiliares de pesquisa – alunos do 5º semestre do curso de Psicologia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Esses alunos foram treinados na aplicação dos instrumentos e também no manejo das situações nas casas. A coleta transcorreu durante quatro meses, quando foram feitas visitas semanais às casas, de acordo com a disponibilidade de horário das crianças e dos adolescentes. Em média, por semana, eram entrevistados cinco sujeitos

A aplicação dos instrumentos foi realizada nas próprias casas de acolhimento em que os participantes moravam. Os instrumentos foram aplicados de maneira coletiva e individual, de acordo com as demandas de cada criança, levando em conta a sua faixa etária e a sua capacidade intelectual. Salienta-se que, para a aplicação dos instrumentos, observaram-se as necessidades de cada criança. Assim, em alguns casos, os instrumentos tiveram de ser lidos mais de uma vez, de maneira individual. Mesmo os participantes que responderam de forma coletiva aos questionários contavam, nas salas de aplicação, com o auxílio de uma ou duas pesquisadoras, prontas para atendê-los, caso necessitassem de ajuda. Portanto, todo o cuidado foi tomado no sentido de que a coleta de dados respeitasse as rotinas das crianças e fosse feita

somente após a ambientação das pesquisadoras e o esclarecimento de todas as dúvidas, tanto em relação ao estudo como aos instrumentos em si.

2.3 INSTRUMENTOS

2.3.1 *Ficha de Dados Sociodemográficos*

Visando a identificar as principais características pessoais e familiares das crianças e dos adolescentes institucionalizados, foi aplicado um questionário de dados sociodemográficos aos monitores das casas, elaborado com base no instrumento desenvolvido por Serafini (2004). O questionário inclui questões sobre idade, filiação, número de irmãos, motivos do acolhimento, contato com os familiares, além de questões sobre o comportamento e o relacionamento dentro da instituição com os colegas e com os próprios monitores (Anexo B).

2.3.2 *Child Behavior Checklist (CBCL)*

Para investigar manifestações clínicas na infância e adolescência, foi utilizado o *Child Behavior Checklist* (CBCL), que é um Inventário de Comportamentos na Infância e Adolescência (Achenbach, 1991). No Brasil, o CBCL foi validado por Bordin, Mari e Caeiro (1995). O inventário é dividido em duas partes. A primeira parte avalia a Competência Social e é constituída por três escalas individuais – Atividades, Sociabilidade e Escolaridade –, cuja soma dá origem à Escala Total de Competência Social (CS). A segunda parte avalia Problemas de Comportamento e possui oito escalas de síndromes – Retraimento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão, Problemas Sociais, Problemas do Pensamento, Problemas de Atenção, Problemas Sexuais, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo. As três primeiras subescalas correspondem à escala de comportamentos do tipo internalização, enquanto as duas últimas subescalas correspondem à escala de comportamentos do tipo externalização. A soma das escalas permite a classificação dos valores através de escores padronizados: categoria não-clínica: abaixo de 63 pontos; categoria limítrofe: 64 pontos; e categoria clínica: acima de 65 pontos. Portanto, a soma de todas as subescalas gera o escore total de problemas de saúde mental. No presente trabalho, será utilizado o ponto de corte no valor de escore de 65 pontos (Anexo C).

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

Este instrumento é composto por 64 itens na forma de eventos de vida estressores. Para cada item, o participante deve indicar, em uma alternativa sim/não, se o evento ocorreu e, a partir disso, em uma escala *Likert* de cinco pontos, informar o impacto atribuído a cada evento. Essa versão adaptada apresentou elevada consistência interna (*alpha* de Cronbach = 0,92), mostrando-se confiável na avaliação de eventos de vida estressores em adolescentes. Foram avaliados os escores referentes ao número total de eventos (ET), à média de eventos (ME) e à intensidade de eventos (IE) (Ferlin, Lima, Alchieri, Kristensen & Flores, 2000) (Anexo D).

2.3.4 Inventário de Depressão Infantil (CDI)

O inventário foi validado para o Brasil em 1995, por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). O CDI é um instrumento que avalia sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais na depressão infantil e adolescente. É composto de 27 itens, cada um dos quais possui três alternativas de resposta cujos valores variam de 0 a 2 pontos (a=0, b=1, c=2), sendo o somatório total dos valores das respostas o escore a ser considerado. Dessas três alternativas, uma corresponde à normalidade, outra à severidade dos sintomas e outra à enfermidade clínica mais significativa. O respondente é orientado a selecionar a alternativa que melhor descreva seus sentimentos nas últimas semanas. Esse instrumento tem sido o mais comum na identificação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes: é frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos internacionais e brasileiros (Cruvinel, Boruchovitch & Santos, 2008) (Anexo E).

Wathier, Dell'Aglio e Bandeira (2008) realizaram um estudo sobre a análise fatorial do CDI em jovens brasileiros. Participaram da pesquisa 634 crianças e adolescentes que moravam com suas famílias e 317 que viviam em instituições. Os participantes obtiveram uma média de 11,90 (DP=7,29) pontos no CDI. A análise entre os contextos indicou que houve diferença significativa na média dos jovens acolhidos, que foi mais alta (M=15,49; DP=8,86) do que a dos que viviam com a família (M=10,19; DP=6,36). Para fins de normatização, foram utilizados os escores dos participantes que residiam com a família. Assim, considerando-se o percentil 85 da distribuição dos resultados, considera-se que indivíduos que atingem valores acima desse percentual apresentam características clínicas de depressão. Os valores identificados no presente estudo foram: a) para meninos, tanto na faixa

etária de 7-12 quanto na de 13-17 anos de idade, o ponto de corte foi de 14; b) para as meninas na faixa etária de 7-12 anos, o valor foi de 16; já na faixa etária entre 13-17 anos de idade, o valor foi de 18.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através de testes estatísticos descritivos (frequências e médias), testes inferenciais paramétricos (Análise de Variância e Correlação de Pearson) e testes não-paramétricos (Qui-quadrado). Para tais análises, foi utilizado o Programa Estatístico SPSS, versão 19.

2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No que diz respeito às questões éticas, foram tomados cuidados apropriados ao tipo de população investigada neste estudo, uma vez que se tratava de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Após a aprovação pelo Comitê de Ética da UNISINOS (Projeto nº CEP 11/055), foi obtido o Consentimento Informado da Instituição que mantém formalmente a guarda das crianças e dos adolescentes institucionalizados, bem como dos monitores que participaram da coleta de dados, conforme orientações éticas para pesquisas com seres humanos (Hutz & Spink, 2000; Lisboa & Koller, 2000; Hutz & Silva, 2002). Também foi solicitada às crianças e aos adolescentes a concordância em participar da pesquisa. Para tanto, antes da aplicação dos instrumentos, retomaram-se, com cada criança e adolescente, os objetivos da pesquisa, explicando-lhes que sua participação não era obrigatória. Só então, passou-se para a assinatura dos TCLEs, que eram lidos pelas pesquisadoras. Nesse momento, foram asseguradas a confidencialidade dos dados e a possibilidade de desistir de participar a qualquer momento.

3 RESULTADOS

Os participantes do presente estudo foram 41 crianças e adolescentes, sendo 24 (58,5%) do sexo masculino. Desse grupo, 22 participantes tinham entre 7 e 12 anos de idade (53,7%) e 19 (46,3%) entre 12 e 18 anos de idade. A média de idade do sexo masculino foi de $M=11,50$ ($DP=3,23$) e do feminino, $M=11,52$ ($DP=3,60$).

O contexto institucional foi descrito pelas crianças e pelos adolescentes como satisfatório: 78% dos participantes mencionaram que o relacionamento com os cuidadores e com as outras crianças era bom. Todo o grupo estava envolvido em atividades na instituição, as quais incluíam participação em tarefas de cuidado da casa, jogos, televisão, videogame, passeios, brinquedos em geral e atividades escolares.

Com relação à escolaridade, constatou-se que 95,1% das crianças e dos adolescentes estavam frequentando a escola no momento da coleta de dados, sendo que grande parte delas (46,3%) encontrava-se entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental. Por sua vez, a análise das idades dos participantes, considerando as séries correspondentes, indicou que, na faixa escolar entre a 1ª e a 3ª série, a média de idade das crianças era $M=8.68$ ($DP=1.41$); na faixa entre a 4ª e a 6ª série, $M=13.82$ ($DP=2.70$); na faixa da 7ª série para cima, $M=15.33$ ($DP=1.15$). Percebe-se que o grupo entre a 4ª e a 6ª série apresentou uma média maior de idade ($X^2=5.14$, $p.00$), indicativo da presença de crianças em atraso em relação à escolaridade, se considerada a idade esperada para a série. Esse fato ficou evidente ao ser observado o pequeno número de adolescentes que frequentavam a 7ª série (ou séries subsequentes): somente três casos. Uma análise mais específica desses dados indicou também uma maior frequência de repetência escolar entre os meninos (2×2 , $X^2=5,427$, $p.02$).

Tabela 1. Dados sociodemográficos

Dados Sociodemográficos		N	%
<i>Frequenta a escola</i>	Sim	39	95,1%
	Não	2	4,9%
<i>Irmão(s) na instituição</i>	Sim	26	63,4%
	Não	15	36,6%
<i>Números de irmãos na instituição</i>	Até 3	17	41,5%
	Mais de 3	22	53,7%
	Nenhum	2	5,1 %
<i>Idade</i>	7 – 9 anos	15	36,6%
	10 – 12 anos	12	29,3%
	13 – 15 anos	5	12,2%
	16 anos em diante	9	22,0%

<i>Contato com os pais</i>	Sim	25	61,0%
	Não	16	39,0%
<i>Fuga da instituição</i>	Sim	8	19,5%
	Não	33	80,5%
<i>Tempo de institucionalização</i>	1 a 6 meses	11	26,8%
	6 meses a 1 ano	6	14,6%
	1 a 2 anos	7	17,1%
	2 a 3 anos	6	14,6%
	Mais de 3 anos	9	22,0%
	Sem informação	2	4,9%
<i>Adoção</i>	Sim	2	4,9%
	Não	39	95,1%
<i>Série escolar</i>	1ª a 3ª série	19	46,3%
	4ª a 6ª série	17	41,5%
	7ª série em diante	3	7,3%
<i>Motivo do acolhimento</i>	Negligência	26	63,4%
	Abandono	4	9,8%
	Abuso físico	3	7,3%
	Morte dos pais	3	7,3%
	Abuso sexual	3	7,3%
	Doença mental dos pais	2	4,9%

Observando-se os dados acima, percebe-se que se destaca o número de crianças que mantêm contato com algum familiar. Do grupo, 61% têm contato com os pais nos finais de semanas, em visitas. Além disso, diversas crianças dividem a casa de acolhimento com irmãos (63,4%), a maioria possui mais de três (53,7%) irmãos sob os mesmos cuidados institucionais. Entretanto, os participantes que estavam acolhidos há mais de dois anos, tinham menos contato com os pais. Assim, do grupo que tinha até dois anos de permanência em acolhimento, 19 participantes (79, 2%) mantinham contato com os pais, enquanto do grupo com mais de dois anos de acolhimento somente nove (33,3%) tinham contato (2×2 , $X^2=8.19$,

$p < .00$). Quanto aos motivos do acolhimento institucional observados no grupo investigado, verificou-se a negligência (63,4%), o abandono (9,8%), o abuso sexual (7,3%), o abuso físico (7,3%) e a doença mental dos pais (4,9%) como as causas de institucionalização mais frequentes.

Considerando a questão da caracterização da saúde mental do grupo estudado, a avaliação do CBCL indicou que 26 dos participantes (63,4%) obtiveram escores associados ao diagnóstico clínico (internalizante/externalizante). No grupo, o sexo masculino apresentou uma frequência significativamente maior de diagnóstico clínico ($N=75\%$) (2×2 , 9.862 , $p.00$) do que as meninas.

Tabela 2. Diagnóstico clínico, comportamentos internalizantes e externalizantes conforme o sexo

Diagnóstico Clínico	Feminino	Masculino
<i>Não clínico</i>	10 (58,8%)	4 (16,7%)
<i>Internalizante</i>		
Sim	3 (17,6%)	9 (37,5%)
<i>Externalizante</i>		
Sim	4 (23,5%)	11 (45,8%)

Dentre as síndromes *internalizantes* (retraimento, ansiedade e somatização) e *externalizantes* (agressividade e quebrar regras), além da dificuldade de atenção, foram observadas as seguintes características, conforme a tabela 3:

Tabela 3. Características de comportamento

Síndromes CBCL	Crianças Masc. Fem. N=12 N=10	Adolescentes Masc. Fem. N=12 N=7	Total N=41
<i>Internalização</i>			
Retraimento	3 (25%) 3 (30%)	4 (33,3%) 0	10 (24,4%)
Ansiedade	6 (50%) 2 (20%)	6 (50%) 3 (42,9%)	17 (41,5%)
Somatização	1 (8,3%) 1 (11%)	3(25%) 2 (28,6%)	7 (17,1%)
Atenção	8 (66,7%)* 2 (20%)	3 (25%) 2 (28,6%)	15 (36,6%)
<i>Externalização</i>			
Agressividade	6 (50%)* * 1 (8,35)	1 (10%) 1 (14,3%)	9 (22%)
Quebrar regras	8 (66,7%) 3 (30%)	5(41,7%) 1 (14,3%)	17 (41,5%)

* 2×2 , $X^2=4.19$, $p=.05$

** 2×2 , $X^2=5.04$, $p=.03$

Como se percebe, as síndromes de *ansiedade* (41,5%), *quebrar regras* (41,5%) e *dificuldade de atenção* (36,6%) foram os três quadros clínicos mais frequentes. Entretanto, *agressividade* e *dificuldade de atenção* foram mais frequentes entre o sexo masculino na faixa etária entre 7 e 12 anos.

Para verificar possíveis diferenças entre as manifestações de diagnóstico clínico em relação ao grupo de crianças (7-12 anos, N=21) e ao de adolescentes (12-18 anos, N=19), realizou-se o teste Qui-quadrado, para comparar as frequências dos diagnósticos internalizantes e externalizantes nos dois grupos. Foi identificada diferença significativa quanto ao diagnóstico internalizante: o grupo de adolescentes apresentou um maior número de casos (N=10, 52,6%) com esse diagnóstico do que as crianças (N=2, 9, 1%) (3×2 , $X^2 = 10.52$, p. 00). Desses 10 casos, oito eram do sexo masculino e dois do feminino. Não houve diferenças de diagnóstico entre os sexos em nenhuma faixa etária.

Ainda com relação aos resultados do CBCL, o teste de correlação de Pearson entre as variáveis relativas aos escores internalizantes e externalizantes não apontou associação significativa de manifestação de escores clínicos com o tempo de permanência das crianças na instituição e com contato com os familiares, indicando que casos clínicos estavam presentes tanto em crianças com até dois anos de permanência na instituição como naquelas que estavam nela há mais de dois anos. Da mesma forma, o contato com os pais não se constituiu como uma ação protetora de saúde mental: não foram constatadas diferenças significativas, em relação à manifestação clínica, entre os que mantinham e os que não mantinham contato com os pais.

Para obter-se uma análise mais específica de aspectos de saúde mental, a frequência dos sintomas depressivos foi avaliada através do inventário CDI. Em relação ao diagnóstico depressivo, verificou-se um total de 22 crianças/adolescentes (53,7%) classificados como sem sintomas depressivos e 19 como com sintomas na área clínica (46,3%). A média do grupo total no CDI foi de $M=13,20$ e $DP=8,13$, não havendo diferenças significativas entre os sexos. Especificamente no grupo infantil, a média foi de $M=12,50$ ($DP=6,20$); no grupo de adolescentes, a média foi de $M=14,06$ ($DP=10,13$). Tal diferença não considerada significativa. Em termos classificatórios, no grupo de crianças, 11 casos (50%) obtiveram escores clínicos, e no grupo de adolescentes, oito casos (42,1%). Não houve diferenças entre os sexos quanto à manifestação de diagnóstico depressivo. Da mesma forma, dos 15 participantes que residiam no abrigo há mais de dois anos, cinco (33,3%) apresentavam

diagnóstico depressivo, enquanto no grupo de participantes que residiam há menos de dois anos foram identificados 13 (54, 2%) casos.

Eventos Estressores

Outro aspecto avaliado no presente estudo foram as características e a frequência dos eventos estressores vivenciados pelas crianças e pelos adolescentes acolhidos institucionalmente. Em relação à média dos eventos e à intensidade percebida, não houve diferenças significativas entre o sexo masculino e o feminino.

Tabela 4. Média geral da ocorrência de eventos estressores e da intensidade percebida por sexo dos participantes

	Sexo	N	M (DP)
Eventos	Masculino	24	27,13 (8,435)
	Feminino	17	26,24 (9,846)
Intensidade	Masculino	24	89,58 (39,617)
	Feminino	17	98,71 (44,592)

Analisando-se a *média dos eventos*, tanto para os participantes do sexo masculino como para os do feminino, o evento estressor mais mencionado é a *entrada na casa de acolhimento* (masculino M=.95, DP=.20, e feminino M=.88, DP=.33). Além disso, verifica-se, para as meninas, que as vivências estressoras mais frequentes foram, em ordem: *Mudar de casa ou cidade* (M=.82, DP=.39), *Ir para o conselho tutelar* (M=.82, DP=.39), *Um dos pais ter filhos com outros parceiros* (M=.82, DP=.39). Já para os participantes masculinos, seguem os eventos *Ter que viver em abrigo* (M=.95, DP=.20), *Ir para o conselho tutelar* (M=.91, DP=.28), *Tirar notas baixas na escola* (M=.87, DP=.33), *Ter que obedecer às ordens de seus pais* (M=.83, DP=.20), *Brigas com os irmãos*, *Mudar de colégio*, *Sofrer castigos*, *Mudar de casa ou cidade* foram as situações estressoras mais significativas.

Tabela 5. Eventos estressores específicos com média e intensidade por sexo

Grupo Feminino N =24	Evento	Média	Desvio Padrão
	Ter que viver em abrigo	.88	.33
	Mudar de casa ou cidade	.82	.39
	Ir para o Conselho Tutelar	.82	.39
	Um dos pais ter filhos com outros parceiros	.82	.39
	Ter brigas com os irmãos	.76	.43
	Mudar de colégio	.76	.43
	Tirar notas baixas na escola	.70	.46
	Sofrer castigos	.70	.46
	Morte de outro familiar	.70	.46
	Discutir com amigos (as)	.70	.46
	Ter algum familiar que usa drogas	.70	.46
Intensidade			
	Sentir-se rejeitado(a) por colegas e amigos(as)	5,00	.00
	Separação dos pais	5,00	.00
	Ser rejeitado pelos familiares	5,00	.00
	Ter doenças graves ou lesões	4,75	.70
	Ter sofrido algum tipo de violência	4,71	.75
	Sofrer humilhações ou ser desvalorizado	4,70	.67
	Ser estuprado	4,66	.57
	Um dos pais ter que morar longe	4,66	.70
	Alguém da família perder o emprego	4,60	.89
	Ser tocado sexualmente contra a vontade	4,60	.84
	Ter algum familiar que bebe muito	4,54	1,21
	Ter crises nervosas	4,54	1,03
	Ficar pobre	4,50	.70
	Ser expulso de casa	4,50	.70
Ser impedido de ver os pais	4,50	.92	
Grupo masculino (N=24)	Evento	Média	Desvio Padrão
	Ter que viver em abrigo	.95	.20
	Ir para o conselho tutelar	.91	.28
	Tirar notas baixa na escola	.87	.33
	Ter que obedecer às ordens de seus pais	.83	.38
	Ter brigas com os irmãos	.83	.38
	Mudar de colégio	.83	.38
	Sofrer castigos	.79	.41

	Mudar de casa ou cidade	.75	.44
	Ficar pobre	.70	.46
Intensidade			
	Ser estupro	5,00	.00
	Ter sofrido algum tipo de violência	4,55	.70
	Ser xingado ou ameaçado verbalmente	4,46	.91
	Ter dormido na rua	4,40	1,34
	Morte de irmãos	4,40	1,34
	Sofrer humilhações ou ser desvalorizado	4,40	1,34
	Morte de um dos pais	4,36	1,43
	A família ter problemas com a polícia	4,36	1,28
	Ser roçado sexualmente contra a vontade	4,33	1,15
	Ter doenças graves ou lesões sérias	4,33	.86
	Ser rejeitado pelos familiares	4,30	1,49
	Ter familiares doentes ou deficientes	4,27	1,34
	Ter algum familiar que bebe muito	4,13	1,55
	Se envolver em brigas com agressão física	4,10	1,66
	Ser impedido de ver os pais	4,09	1,37
	Usar drogas	4,00	1,41
	Ter um amigo com ferimento ou com doença	4,00	1,00
Ser levado para a FASE	4,00	2,00	

No que diz respeito à *intensidade* dos eventos, há diferenças entre os sexos. Para o masculino, o evento sentido como mais intenso é *Ser estupro* (M=5,00, DP=.00), seguido de *Ter sofrido violência*, *Ter dormido na rua* (M=4,40, 1,34), *Morte de irmãos* (M=4,40, DP=1,34). Para o feminino, *Sentir-se rejeitado(a) por colegas e amigos(as)* (M=5,00, DP=.00), e *Separação dos pais* (M=5,00, DP=.00), *Ser rejeitado pelos familiares* (M=5,00, DP=.00), *Ter doenças graves ou lesões* (M=4.75, DP=.70), *Ter sofrido algum tipo de violência* (M=4.71, DP=.75) são os cinco primeiros indicados como mais estressantes.

Analisando-se a frequência dos eventos em relação às faixas etárias de crianças (7-12) e adolescentes (13-18), observou-se que *Ter que viver no abrigo* é o evento mais citado em ambos os grupos, 23 meninos (95,8%) e 15 meninas (88,2%). Há diferenças, entretanto, no sentido de que situações de estresse envolvendo familiares (*Ser impedido de ver os pais*, 81,8%) e irmãos (*Brigas com irmãos*, 77,3%) são citadas com mais frequência pelas crianças, enquanto, entre os jovens, *Mudança de escola* (94,7%) é o evento identificado pela maioria

como estressante. Ainda assim, *Brigas com irmãos* (84,2%), *Tirar notas baixas na escola* (78,9%) e *Separação dos pais* (73,7%) aparecem também como muito frequentes.

Tabela 6. Eventos estressores em relação às faixas etárias de crianças

Eventos estressores 7 a 12 anos de idade (N=22)	N(%)
Ter que viver em abrigo	20 (90,9%)
Ir para o conselho tutelar	19 (86,4%)
Sofrer castigos	18 (81,8%)
Ser impedido de ver os pais	18 (81,8%)
Ter brigas com irmãos(ãs)	17 (77,3%)
Ter crise nervosa	15 (68%)
Mudar de colégio	15 (68%)
Discutir com amigos(as)	14 (63%)
Morte de outro familiar	14 (63%)
Ter algum familiar que usa drogas	13 (59,1%)
Eventos estressores 13-18 anos de idade (N=19)	N (%)
Ter que viver em abrigo	18 (94,7%)
Mudar de colégio	18 (94,7%)
Ir para o conselho tutelar	17 (89,5%)
Ter brigas com irmãos(ãs)	16 (84,2%)
Tirar notas baixas na escola	15 (78,9%)
Separação dos pais	14 (73,7%)
Ficar pobre	14 (73,7%)
Ter algum familiar que bebe muito	14 (73,7%)
Sofrer castigos	13 (68,4%)
Discutir com amigos(as)	13 (68,4%)
Não receber cuidado e atenção dos pais	12 (63,2%)
Ter crise nervosa	12 (63,2%)
Envolver-se em brigas e agressões	12 (63,2%)

Associação entre Manifestações Clínicas e Características dos Eventos Estressores

Para identificar uma possível diferença entre a manifestação de diagnóstico clínico (grupo clínico) em relação à frequência total dos eventos, foi feito o cálculo de comparação de médias pelo teste ANOVA. O teste apontou que não houve diferença significativa entre os grupos de crianças e adolescentes com ou sem diagnóstico clínico em relação ao total de eventos vivenciados. Entretanto, a análise dos diagnósticos específicos, internalizantes e externalizantes, considerando diferenças em relação ao sexo, apontou que meninas com

diagnóstico clínico de externalização apresentaram uma média significativamente maior na intensidade percebida dos eventos ($M=128$, $DP=49,03$) se comparado com a dos meninos ($M=79$, $DP=41,07$).

Considerando os resultados do CDI, percebe-se que houve uma correlação significativa entre o escore depressivo e a intensidade dos eventos ($r=0,376$, $p=0,015$), indicando que, quanto maior o escore de depressão, mais intensos eram percebidos os eventos traumáticos.

4 DISCUSSÃO

A preocupação em identificar e conhecer as especificidades das demandas de crianças e adolescentes acolhidos institucionalmente, no tocante aos aspectos da saúde mental dessa população, reflete a necessidade de oferecer um atendimento institucional que responda às vulnerabilidades inerentes ao processo de institucionalização. Tanto a literatura nacional (Nogueira, 2004; Parreira & Justo, 2005; Cavalcante, Magalhães & Pontes, 2007; Brasil, 2009) como a internacional (Winnicott, 1987; Bowlby, 1989; Smyke, Dumitrescu & Zeanah, 2002; Howe, 2003; Gauthier et al., 2004; Johnson, Browne & Hamilton-Giachritsis, 2006; Katsurada, 2007; Rygaard, 2008; Erol, Simsek & Munir, 2010) apontam para os maiores riscos de essas crianças e jovens desenvolverem transtornos emocionais relativos às vivências traumáticas ocorridas ao longo de suas trajetórias de vida. No entanto, reconhecer esses aspectos não significa assumir a perspectiva de que essas trajetórias não possam ser revertidas e narradas sob a perspectiva da resiliência (Pasian & Jacquemin, 1999; Alexandre & Vieira, 2004; Siqueira & Dell’Aglío, 2006; Dalbem & Dell’Aglío, 2008; Rygaard, 2008). Sustentando-se nessa perspectiva de conhecer para poder atuar e intervir, este trabalho teve justamente o interesse de identificar as características de saúde mental de crianças e adolescentes institucionalizados, bem como as experiências traumáticas ocorridas ao longo do seu desenvolvimento. Contudo, mesmo que a ênfase tenha sido em identificar esses fatores de risco, também foram destacados os elementos promotores de desenvolvimento observados nos grupos.

Inicialmente, considerando a experiência de institucionalização, é importante lembrar que todo o grupo investigado provinha de casas-lares administradas pelos municípios ou por ONGs. Convém registrar também que todas as crianças e os adolescentes conviviam em lares supervisionados por monitores e tinham possibilidade de realizar diversas atividades sociais, educacionais e de lazer. Além disso, observou-se que a maioria frequentava a escola, fato que

se constitui em um importante elemento socializador, além de educativo e promotor de saúde mental.

No entanto, ainda que esse aspecto da manutenção de vínculos escolares tenha sido prevalente, foi observado atraso escolar em relação às séries correspondentes às faixas etárias, o que pode ser associado a dificuldades de aprendizagem, ou mesmo a um possível afastamento da escola em função dos problemas enfrentados antes ou durante o acolhimento. A esfera escolar, portanto, constitui um dos primeiros aspectos a serem indicados como merecedores de uma atenção detalhada por parte dos profissionais envolvidos com o cuidado desses grupos, tanto pela questão educativa em si, como pelo papel importante que a escola assume na vida dessas crianças e adolescentes, por ser um ambiente fundamental de socialização e integração comunitária.

Alguns aspectos dos motivos do encaminhamento das crianças e adolescentes, assim como o tempo de acolhimento, observados no presente trabalho, também sugerem fatos importantes. Em geral, os estudos apontam a negligência de cuidados como um dos principais motivos que levam ao acolhimento institucional. O relatório da Organização Mundial da Saúde sobre saúde e violência (Krug et al., 2002) menciona que a negligência diz respeito às falhas dos pais em proporcionar condições para o crescimento da criança, em uma ou mais das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras. Entretanto, o relatório destaca que a negligência distingue-se da situação de pobreza de uma população, pelo fato de que, no primeiro caso, as famílias têm a seu dispor recursos diretos ou indiretos para oferecer as condições de desenvolvimento à criança, mas isso não é feito.

Da população pesquisada no presente estudo, 63,4% (N=26) foi encaminhada ao cuidado institucional por negligência. Esse dado corrobora os estudos realizados por Oliveira (2006), Vitale (2006), Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007) e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009), segundo os quais a maioria dos casos de institucionalização ocorre devido à negligência da família. Novamente, aqui, observam-se as questões econômicas e sociais fragilizando a capacidade de manutenção dos laços familiares e colocando crianças e adolescentes em contextos de grande vulnerabilidade, com graves consequências para seu desenvolvimento em geral. Nesses casos, a institucionalização vem refletir uma necessidade social mais ampla de atenção a um setor da população que vive em precária situação econômica.

Entretanto, é necessário destacar que a negligência também se associa a outros fatores, diferentes da carência de recursos financeiros para manter crianças e adolescentes em

condições dignas: há casos de negligência que ocorrem devido ao abuso de álcool e drogas por parte dos pais ou responsáveis, situação que também torna esses grupos negligenciados (Oliveira, 2006; Vitale, 2006; Fernández Millán, Hamido-Mohamed & Ortiz-Gómez, 2009; Brasil, 2009).

Embora esteja previsto no ECA (1990) que o acolhimento institucional é uma medida excepcional e provisória, que não deve ter duração maior de dois anos, nesse estudo observou-se que, em 15 casos, o tempo de acolhimento era superior ao previsto. Essa característica indica a dificuldade de reinserção das crianças e dos adolescentes em seu grupo familiar, bem como, naqueles casos de perda de pátrio poder, para a dificuldade de adoção de crianças maiores.

Por outro lado, 26 crianças (63,4%) tinham irmãos também acolhidos nas instituições, o que indica o esforço de preservar, conforme o ECA, mesmo nos casos de institucionalização, os vínculos familiares. Assim, assegurar o convívio entre irmãos é uma medida importante de conservação de uma identidade familiar, ainda que sob o viés da institucionalização.

Gonçalves (2008) comenta, porém, que, mesmo permanecendo na companhia de irmãos, o acolhimento institucional configura-se como uma medida percebida pelas crianças e pelos adolescentes como estressante. No presente estudo, a questão de ter de viver em abrigo aparece como a principal experiência estressante para os participantes em geral, indicando que, apesar do fato de o acolhimento refletir a extrema vulnerabilidade a que estavam expostos anteriormente no ambiente familiar, a ida para a instituição é vista com sofrimento. Esse dado assinala, como um marco fundamental no trabalho com crianças e adolescentes que necessitam ser encaminhados para acolhimento institucional, a importância de um trabalho específico que inclua tanto o momento de institucionalização como o período adaptativo à instituição.

Diversos estudos já têm indicado que o rompimento vivido pela criança não se restringe aos laços familiares, mas inclui toda uma identidade, que é rompida e descontinuada a partir do acolhimento. Nesses casos, a acolhida afetuosa da criança no momento de ingresso no lar, o apoio constante de técnicos especializados, incluindo o reconhecimento das experiências vividas por ela e, fundamentalmente, o desenvolvimento de estratégias de acompanhamento pedagógico, psicológico e familiar, têm sido apontados por estudos nacionais e internacionais como base para uma experiência positiva.

Além do aspecto acima, foi identificada, entre os participantes deste estudo, uma média de ocorrência de 27,13 (DP=8,43) eventos entre o sexo masculino e de 26,24

(DP=9,85) entre o feminino. Da mesma forma, respectivamente, a intensidade média percebida dos eventos foi de 89,58 (39,62) para o masculino e 98,71 (44,59) para o feminino.

Por sua vez, na investigação de Kristensen, Leon, D’Incao e Dell’Aglío (2005) com 330 adolescentes da região metropolitana da cidade de Porto Alegre, utilizando-se igualmente do instrumento IEEIA, foi identificada a média de 17,03 eventos (DP=9,4) entre os participantes, e impacto de 50,02 (DP=37,83). Em relação aos eventos em geral, provas no colégio, discussão com amigos, morte de familiares, cumprir ordens dos pais e brigas com irmãos foram as situações mencionadas com maior frequência. Da mesma forma, Benetti, Pizetta, Schwartz, Hass e Melo (2010), em um grupo de 245 adolescentes da região metropolitana de Porto Alegre, verificaram uma média geral de ocorrência dos eventos estressores similar para ambos os sexos: feminino (M=17,00, DP=10,05) e masculino (M=15,83, DP=9,87). Quanto ao impacto, não houve diferenças em relação ao sexo masculino M=37,62 (DP=34,76) e feminino M=45,41 (DP=38,58). As situações estressoras mais frequentes foram relativas a obedecer aos pais, discussão com os amigos, brigas com irmãos e término de namoro.

Em estudos com crianças e adolescentes acolhidos, tais como a investigação de Poletto, Koller e Dell’Aglío (2009), que envolveu 297 crianças/adolescentes em situação de vulnerabilidade social na cidade de Porto Alegre, foram verificadas diferenças nas médias dos participantes em relação aos eventos. Do grupo total investigado, 142 participantes residiam com suas famílias e 155 eram institucionalizados. As crianças institucionalizadas tiveram uma média de M=26,79 (SD=8,67), enquanto, entre as crianças que residiam com suas famílias, a média foi de M=19,16 (SD=9,37) de eventos estressores.

Os eventos estressores mais frequentes, considerando ambos os grupos, foram: cumprir ordens dos pais, discussão com amigos, morte de familiares, reprovação escolar e brigas com irmãos. Já em um estudo longitudinal (Wathier-Abaid, Dell’Aglío & Koller, 2010), 127 crianças e adolescentes entre 7 e 16 anos de idade, provenientes de sete instituições de proteção governamentais e duas não-governamentais, na região metropolitana de Porto Alegre, foram avaliados em dois momentos quanto à ocorrência de eventos de vida estressantes, ao número de irmãos, à configuração familiar, ao tempo de institucionalização e à presença de depressão. Também foram investigados os preditores de sintomas depressivos no grupo avaliado. Nesse estudo, a média dos eventos estressores na primeira aplicação do IEEIA foi de 26,57 (SD=8,56) e no segundo momento, de 25,91 (SD=9,33). Nos dois momentos, cerca de 40 crianças apresentavam escore compatível com o diagnóstico de depressão. Em termos dos preditores da depressão, estimados com base no segundo momento

de avaliação, um nível alto de sintomas depressivos na primeira avaliação, *sentir-se rejeitado pelos colegas e amigos e um dos pais ter que morar longe e ter tido problemas com professores*, explicaram 56% da variância.

Com base nesses resultados, verifica-se que a média de eventos no presente estudo foi similar à do grupo de crianças acolhidas no estudo de Wathier-Abaid, Dell'Aglio e Koller (2010). Tal constatação indica que, diferente do que ocorre com crianças e adolescentes não institucionalizados, as experiências de vida dos participantes é marcada por vivências traumáticas em relação a outros contextos. Por sua vez, o impacto percebido dos eventos também foi alto no presente estudo, o que aponta novamente para o sofrimento psíquico frente a essas situações de vida. Sobretudo, a análise dos eventos estressores com base nas faixas etárias também indicou aspectos importantes em relação à percepção dos eventos.

Assim, as crianças mencionaram o *castigo* (N=18, 81,8%), o *impedimento de ver os pais* (N=18, 81,8%) e as *brigas com irmãos* (N=17, 77,3%) como os eventos a que mais estão expostas. Já os adolescentes citaram a *mudança de escola* (N=18, 94,7%), *ir para o conselho tutelar* (N=17, 89,5%), *brigas com irmãos* (N=16, 84,2%), *tirar notas baixas na escola* (N=15, 78,9%), *separação dos pais* (N=14, 73,7%), *ficar pobre* (N=14, 73,7%) e *ter algum familiar que bebe muito*, como as situações mais frequentes (N=14, 73,7%). Portanto, nas crianças, a separação familiar e o resultante impedimento de convívio caracteriza maior dependência afetiva, que, nos adolescentes, é traduzida pelo estresse de trocas de escola, fato que rompe com alianças e amizades entre o grupo de pares. Chama a atenção, porém, nesse último grupo, o aspecto positivo da identificação das dificuldades escolares como uma situação negativa, visto que demonstra o reconhecimento do processo educativo como relevante em seu contexto.

Ainda considerando o impacto de eventos estressores na vida de crianças e adolescentes, outro fator que merece atenção é o desempenho escolar dessas crianças, uma vez que está intimamente ligado às condições emocionais (Santos & Graminha, 2006). Em estudo que focalizou os sintomas depressivos e o desempenho escolar de 215 crianças e adolescentes institucionalizados, com idades entre 7 e 15 anos, Dell'Aglio e Hutz (2004) observaram que o desempenho escolar apresentou médias mais baixas para crianças institucionalizadas, o que, segundo as autoras, pode estar relacionado ao fato de que a família desempenha papel importante no rendimento escolar nessa fase do desenvolvimento. Dessa forma, o estudo sugere que, embora as casas de acolhimento institucionais busquem suprir as necessidades básicas das crianças e dos adolescentes, o vazio deixado pelas relações afetivas não consegue ser preenchido.

Complementando esses aspectos, destaca-se que crianças e adolescentes institucionalizados são mais expostos a situações potencialmente traumáticas, apresentando diagnósticos clínicos que necessitam de reconhecimento precoce (Wathier & Dell’Aglío, 2007; Wathier-Abaid, Dell’Aglío & Koller, 2010).

Em uma pesquisa realizada na Alemanha, que envolveu a investigação de 689 crianças e adolescentes de 4 a 18 anos de idade, que viviam em casas de acolhimento institucional (Schmid et al., 2009), foi verificado um elevado número de crianças com transtornos mentais e de conduta: 59% preenchiam os critérios diagnósticos para depressão. Esse estudo apontou a alta prevalência de comportamentos externalizantes e disruptivos, principalmente entre o sexo masculino, enquanto o feminino manifestava maior prevalência de transtornos internalizantes.

Da mesma forma, no presente estudo, constatou-se que 26 dos participantes apresentavam escores compatíveis com a classificação clínica segundo o CBCL, sendo que a maior frequência de casos atingia o sexo masculino. Uma análise mais detalhada das distintas síndromes que compõem os quadros clínicos externalizantes (agressividade e quebrar regras) e o internalizante (retraimento, ansiedade, somatização) verificou, entre os meninos, uma maior manifestação de comportamentos agressivos e também de dificuldades de atenção. Aliás, essas duas características clínicas têm sido indicadas na literatura como frequentemente associadas ao sexo masculino (Dell’Aglío & Hutz, 2004; Guimarães & Pasian, 2006; Siqueira & Dell’Aglío, 2010).

Já a característica de maior prevalência de diagnósticos depressivos entre as meninas não foi detectada no presente trabalho, fato que talvez se deva ao tamanho da amostra. Ainda assim, entre as meninas com diagnóstico clínico de externalização, observou-se uma importante característica, que foi uma média significativamente maior ($M=79,79$ $DP=41,07$) de intensidade percebida dos eventos, se comparada à intensidade percebida pelos meninos ($M=128$, $DP=49,03$). Dessa forma, percepções de maior estresse ou vivências traumáticas foram identificadas no presente estudo como associadas às manifestações de conduta nas meninas. Esse dado aponta para um fator interessante de investigação em relação à compreensão da etiologia de patologias, além de indicar a importância de intervenções precoces na infância e adolescência, quando da vivência ou exposição a situações traumáticas. Assim, ainda que a observação a seguir seja importante para ambos os sexos, é clara a necessidade de intervenções imediatas e também o acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas de traumas, mas, principalmente, a criteriosa identificação de como a própria criança percebeu aquele evento traumático.

Independente de não terem sido observadas diferenças entre os sexos em relação à manifestação depressiva, merece referência que, analisando os casos de diagnóstico clínico entre as faixas etárias, identificou-se uma maior frequência de casos de depressão entre os jovens, independente do sexo. Já no aspecto contexto de acolhimento, convém lembrar que todos os adolescentes deste estudo residiam nos lares há mais de dois anos. No entanto, não foi identificada associação significativa entre o tempo de permanência e presença ou ausência de casos clínicos. Também não é possível afirmar a quanto tempo esses jovens estariam manifestando esse quadro. Pode-se supor, porém, que, apesar da infraestrutura física e de atendimento em geral oferecida pelas casas, aspectos de saúde mental necessitavam de maior atenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de identificar as experiências de vida traumáticas e a prevalência de distúrbios emocionais em crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional, este estudo permitiu ampliar o conhecimento sobre a realidade em que essa população está inserida. Tomados em conjunto, os dados apontaram para a presença de transtornos emocionais em um número significativo de crianças e adolescentes, que relataram histórias de vida marcadas por eventos traumáticos e, sobretudo, vivenciaram o acolhimento como uma situação estressante.

Sem querer minimizar o impacto da institucionalização na vida de uma criança ou de um adolescente, cabe ressaltar, porém, que essas instituições atuam de forma positiva, ao oferecerem um espaço organizado, com horários e atividades definidas. Prova disso é o fato de a maioria das crianças e dos adolescentes acolhidos estarem frequentando a escola e estarem envolvidos em atividades socializantes. Esse contexto certamente contribui para que eles reestruturem e reorganizem suas vidas, justamente porque as casas de acolhimento lhes proporcionam uma situação diversa da oferecida pelo ambiente anterior de privação.

Portanto, é necessário que se realize um trabalho de apoio e suporte face à experiência de acolhimento, o qual permita às crianças e aos jovens dimensionarem tal vivência a partir de referências positivas. Nesse sentido, seria importante a realização de pesquisas voltadas para esses aspectos, de forma a identificar as especificidades do processo e permitir o aprimoramento do trabalho nas instituições.

Vê-se, então, que as figuras de referência oferecidas pela instituição também tomam lugar central na vida dessa população, uma vez que são os monitores e cuidadores que

assumem o papel antes desempenhado pelos pais. Tendo em vista a importância desse aspecto, torna-se indispensável que a equipe técnica esteja preparada para acolher cada criança e adolescente em sua entrada na casa (Martins, 2005).

Na verdade, uma rede estruturada para o acolhimento dessas crianças e adolescentes tem força maior se considerarmos o tempo que eles passam nessas casas – na maioria dos casos, um período superior a seis meses. Esse período prolongado de institucionalização denuncia uma falha no sistema judiciário e nas políticas públicas, que deveriam estimular a reinserção familiar, através de medidas que fortalecessem e preparassem as famílias para o retorno de suas crianças e jovens.

Salienta-se, ainda, a importância de profissionais da área da psicologia atuarem, integralmente nessas casas, não apenas para trabalhar com as crianças e os adolescentes, mas para fornecer um suporte emocional aos profissionais envolvidos nesse cotidiano, que muitas vezes torna-se exaustivo. Por fim, tendo em vista os fatores que afetam diretamente o desenvolvimento da infância e da adolescência brasileira, segundo dados fornecidos pelo UNICEF (2011), destacam-se a vulnerabilidade produzida pelo contexto social e as desigualdades resultantes de um processo histórico de exclusão. Assim, observa-se que, mesmo já passados mais de 20 anos de vigência do ECA, ainda hoje as políticas públicas voltadas para essa população necessitam ser implantadas de forma adequada e atendendo às demandas desses grupos vulneráveis.

CONCLUSÃO

Este estudo, que chega agora ao seu final, elegeu como foco a questão da saúde mental de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional, visando a identificar suas características psicológicas, suas demandas emocionais, bem como as principais vivências traumáticas que as atingem. Considerando as especificidades das vivências infantis, também buscou-se aprofundar o conhecimento do impacto emocional das experiências de rompimento de vínculos familiares, levando em conta os processos psíquicos associados a essas trajetórias.

Ao longo dessa caminhada, pode-se perceber que o acolhimento institucional trata-se de uma realidade que há pouco tempo vem causando inquietação aos estudiosos. Ainda hoje são poucos os estudos que tratam dessa problemática, o que dificulta a tomada de ações assertivas, a fim de reduzir a intensidade com que tais experiências são sentidas por parte das crianças e adolescentes que as vivenciam.

No decorrer do trabalho, deparamo-nos com algumas situações que chamam a atenção, tais como o fato de as instituições possuírem poucas informações a respeito das famílias de origem das crianças e dos adolescentes. Observou-se que, em muitos momentos, a situação familiar não era algo que pudesse ser mencionado, como se essa parte da vida das crianças institucionalizadas devesse ficar *da porta para fora* das instituições. Ao contrário, é relevante saber quem são essas famílias, para assim desenvolver estratégias que possibilitem a reinserção familiar de forma eficaz, preparando as famílias para a chegada da criança.

Tendo em vista o lugar que o processo de institucionalização toma na vida de crianças e adolescentes, outro ponto que nos chamou a atenção, diz respeito ao investimento em pessoas qualificadas e locais com estrutura física adequada. Para que se possam atingir os objetivos dessa medida – proteção dos direitos de crianças e adolescentes –, é fundamental que as pessoas que cuidam dessas crianças e adolescentes sejam afetivas e acolhedoras, bem como o espaço físico precisa ser adequado para isso. Vale salientar que os adultos de hoje são reflexo das crianças do passado, assim faz-se necessário que os adultos invistam na educação e nos cuidados às crianças (Gonçalves, 2008), para que se possa, então, dispor de uma saúde mental, emocional e cognitiva adequada. Somente entendendo a importância dos processos iniciais – estabelecidos na infância – se terá uma geração capaz de gerir seus próprios passos.

Para concluir, ao final desse estudo, volta-se para a importância de unir esforços para entender a dinâmica do processo institucional de crianças e adolescentes, desde o afastamento familiar até a reinserção. Conhecer essas pessoas, suas demandas e suas histórias facilitará esse processo. Somente assim se desenvolverá uma política que vise, de fato, aos direitos de crianças e adolescentes

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative Guide for the CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*, University of Vermont, department of Psychiatry, Burlington, VT, pp. 1-211.
- Alexandre, D. T., & Vieira, M. L. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 207-217.
- Ayres, L. S. M., Pereira, L. C., & Cardoso, A. P. (2009). O abrigamento e as redes de proteção para a infância e a juventude. *Fractal: Revista de Psicologia*, 1(21), 125-136.
- Baptista, M. V. (2006). Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação. Em M. V. Baptista (Org.), *Um olhar para a história* (pp. 24-37). São Paulo: Instituto Camargo Corrêa.
- Benetti, S. P. C., Pizetta, A., Schwartz, C. B., Hass, R. A., & Melo, V. L. (2010). Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. *Psico-USF*, 15(3), 321-332. Recuperado em 13 de março de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000300006&.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): Dados Preliminares. *Revista da ABP-APAL*, 17(2), 55-66.
- Bowlby J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1995). *Cuidados maternos e saúde mental* (3. ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil (2009). *Estatuto da Criança e do Adolescente* (1990). Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). *O impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes*. Brasília, DF.
- Cavalcante, L. I. C., Magalhães, C. M. C., & Pontes, F. A. R. (2007). Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Aletheia*, 25, 20-34.
- Cavalcante, L. I. C., Magalhães, C. M. C., & Pontes, F. A. R. (2009). Processo de saúde e doença em crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), 615-625.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Fractal, Revista de Psicologia*, 20(2), 473-489.
- Conselho Nacional de Justiça, Brasil. Recuperado em 18 de agosto de 2011, de <http://www.direitolegal.org/noticias-gerais/brasil-tem-mais-de-30-mil-criancas-e-adolescentes-vivendo-em-abrigos/>.

- Dalbem, J. X., & Dell’Aglío, D. D. (2008). Apego em adolescentes institucionalizadas: processos de resiliência na formação de novos vínculos afetivos. *Psico*, 39(1), 33-40.
- Dell’Aglío, D. D. (2000). *Processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Dell’Aglío, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 341-350.
- Dell’Aglío, D. D., & Siqueira, A. C. (2006). Preditores de satisfação de vida de jovens em situação de vulnerabilidade no sul do Brasil. Artigo apresentado no Psicodebate 10. *Psicologia Cultura y Sociedad*.
- Erol, N., Simsek, Z., & Munir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *European Child Adolescent Psychiatry*, 19, 113-124.
- Ferlin, M., Lima, J. S., Alchieri, J. C., Kristensen, C. H., & Flores, R. Z. (2000). Desenvolvimento do Inventário de Eventos Estressores na Adolescência (IEEA). *Resumos das Comunicações – Exponha-se – Semana de Pesquisa e Iniciação Científica* (pp. 204-205). São Leopoldo: Unisinos.
- Fernández Millán, J., Hamido-Mohamed, A., & Ortiz-Gómez, M. M. (2009). Influencia del acogimiento residencial en los menores en desamparo. *Education & Psychology*, 7(2), 715-728.
- Formosinho, J. O. (2002). Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, 28(2). Recuperado em 18 de setembro de 2011, de www.scielo.br.
- Freud, S. (1988). Sobre o narcisismo, uma introdução. Em J. Strachey (Trad.). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Fries A. B. W., & Pollak S. D. (2004). Emotion understanding in postinstitutionalized Eastern European children. *Development and Psychopathology*, 16. Recuperado em 23 de dezembro de 2011, de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?jsessionid=524ADE3529D78F113DF45EAF5A5261DD.journals?fromPage=online&aid=241280>.
- Gauthier, Y., Fortin, G., & Jéliu, G. (2004). Applications cliniques de la théorie de l’attachement pour les enfants em famille d’accueil: Importance de la continuité. *Médecine e Hygiène Devenir*, 16, 109-139.
- Gonçalves, L. P. M. C. (2008). *O impacto da vida em instituições: narrativas e significados em crianças vítimas de maus tratos*. Monografia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.

- Guimarães, N. M., & Pasian, S. R. (2006). Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 89-97.
- Howe, D. (2003). Attachment disorders: Disinhibited attachment behaviours and secure base distortions with special reference to adapted children. *Attachment e Human Development*, 5(3), 265-270.
- Hutz, C. S., & Silva, D. F. (2002). Avaliação psicológica de crianças em situação de risco. *Avaliação Psicológica*, 1, 73-79.
- Hutz, C. S., & Spink, M. J. (2000). *Orientações éticas para psicólogos envolvidos em pesquisa com seres humanos*. Documento elaborado para o Fórum das Entidades Nacionais da Psicologia. Recuperado em 10 de outubro de 2011, de www.psicologia.ufrgs.br/laboratorio.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2003). *Levantamento Nacional dos Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede de Serviço de Ação Continuada (SAC)*. (Relatório de Pesquisa, n. 1). Brasília, DF.
- Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(1), 34-60.
- Katsurada, E. (2007). Attachment representation of institutionalized children in Japan. *Scholl Psychology International*, 28(3), 331-345.
- Kristensen, C., Leon, J., D’Incao, D., & Dell’Aglia, D. (2005). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)*, 8(1). Recuperado em 13 de março de 2012, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3238/2599>.
- Krug, E. G. et al. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lisboa, C. S. M., & Koller, S. H. (2000). Questões éticas na pesquisa com crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. *Alethéia*, 11, 59-70.
- Low, J. Y., & Eth, S. (2006). Commentary on “Seven institutionalized children and their adaptation in late adulthood: The children of duplessis”. *Psychiatry* 69(4), 3-14.
- Martins, P. (2005). O acolhimento familiar como resposta de proteção à criança sem suporte familiar adequado. *Infância e Juventude*, 4, 63-84.
- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 177-187.
- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15(4). Recuperado em 15 de março de 2011, de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=187219>.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. *Psicologia e Sociedade*, 20(3), 367-377. Recuperado em 12 de junho de 2010, de www.scielo.br.

- Nogueira, P. C. (2004). *A criança em situação de abrigamento: Reparação ou re-abandono*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.
- Oliveira, C. R. (2006). Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação. Em M. V. Baptista (Org.), *A história começa a ser revelada: panorama atual do abrigamento no Brasil* (pp. 39-48). São Paulo: Instituto Camargo Corrêa.
- Oriente, I., & Souza, S. M. G. (2007). Viver em abrigo: com a palavra, a criança. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 106-116.
- Pasian, S. R., & Jacquemin A. (1999). O auto-retrato em crianças institucionalizadas. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 9(17), p. 50-60.
- Parreira, S. M. C. P., & Justo, J. S. (2005). A criança abrigada: Considerações acerca do sentido da filiação. *Revista Psicologia e Estudo*, 10(2), 175-180.
- Perry, J. P. et al. (2006). Seven institutionalized children and their adaptation in late adulthood: The children of duplessis (Les Enfants de Duplessis). *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69(4), Recuperado em 17 de março de 2011, de <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/psyc.2006.69.4.283>.
- Poletto, M., Koller S. H., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 455-466.
- Quintãs, C. R. P. (2009). *Era uma vez a Instituição onde eu cresci: narrativas de adultos sobre experiências de institucionalização*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.
- Ramos, M. E. C., & Oliveira, K. D. (2008). A transmissão geracional em diferentes contextos. Em Penso, M. A. & Costa, L. F. (Org), *Transgeracionalidade percebida nos casos de maus-tratos* (pp. 99-122). São Paulo: Summus.
- Reichenheim, M. E., Hasselmann, M. H., & Moraes, C. L. (1999). Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência Saúde Coletiva*, 4(1). Recuperado em 18 de agosto de 2010, de www.scielo.br.
- Rygaard, N. P. (2008). *El niño abandonado: Guia para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.
- Santos, P. L., & Graminha, S. S. V. (2006). Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 101-109.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2009). Child and adolescent psychiatry and mental health. *BioMed Central*, 2(2). Recuperado em 14 de julho de 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Serafini, A. J. (2004). *Teste das Fábulas: um estudo com crianças abrigadas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Serafini, A. J., Avila, M. T., & Bandeira, D. R. (2005). Teste das Fábulas: comparando respostas comuns de crianças abrigadas e respostas populares da amostra padronizada. *Psico (PUCRS)*, 36(3), 251-257.
- Siqueira, A. C., Betts, M. K., & Dell'Aglio, D. D. (2006). A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40(2), 149-158.
- 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). Recuperado em 10 de agosto de 2010, de www.scielo.br.
- 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.
- Smyke, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children I: The continuum of caretaking causality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 972-982.
- Souza, E. R., & Jorge, M. H. M. (2006). Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: Magnitude da morbimortalidade. Em Brasil. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: DF.
- Suehiro, A. C. B., & Rueda, F. J. M. (2007). Desenvolvimento percepto-motor em crianças abrigadas e não abrigadas. *Paidéia*, 17(38), 431-442.
- UNICEF. Situação Mundial da Infância 2011: Caderno Brasil. Brasília, DF, 2011.
- Vitale, M. A. F. (2006). Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação. Em: Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente (NECA) (Org.), *Famílias: pontos de reflexão* (pp. 77-88). São Paulo: Instituto Camargo Corrêa.
- 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). Recuperado em 19 junho de 2010, de www.scielo.br.
- 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 [online]* 7(1), 75-84. Recuperado em 23 de junho de 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100010&lng=pt&nrm=iso>.
- Wathier-Abaid, J. L. W., Dell'Aglio, D. D., & Koller, S. H. (2010). Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica* 9(1). Recuperado em 11 de maio de 2011, de C:\Users\Usuario\Documents\Psicologia\Mestrado\Dissertação 2\preditoress de sint depre em crç inst.htm.
- Winnicott, D. W. (1987). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

- Winnicott, D. W. (1996). *Tudo começa em casa* (2. ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Zem-Mascarenhas, S. H., & Dupas, G. (2001). Conhecendo a experiência de crianças institucionalizadas. *Revista Escola Enfermagem*, 35(4). Recuperado em 13 de junho de 2010, de www.scielo.br.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga S. F., & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028.
- Zurita, J., & Fernández del Valle, J. (1996). Recursos residenciales para menores. Em J. Ochotorena, & M. I. Madariaga (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 393-445). Barcelona: Masson.

ANEXOS

ANEXO A – FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO 060/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 11/055 **Versão do Projeto:** 07/06/2011 **Versão do TCLE:** 07/06/2011

Coordenadora:

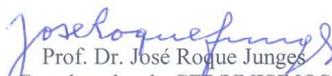
Mestranda Jordana Calcing (PPG em Psicologia)

Título: Saúde Mental em Crianças e Adolescentes Institucionalizados.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 07 de junho de 2011.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

**ANEXO C – INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS**
VERSÃO BRASILEIRA DO “CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18”
(CBCL06-18)

Sua idade	O seu sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Ano Escolar	O seu nome
A sua raça <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Outra (Especifique) _____	Data de hoje Dia____Mês____Ano_____ Data de Nascimento Dia____Mês____Ano_____ _____	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS (Especifique, por favor – por exemplo: mecânico de automóveis, professora de ensino secundário, doméstica, operário, torneiro, empregada de sapataria, sargento do exercito) Tipo de trabalho Do Pai _____ Tipo de trabalho Da Mãe _____	

<p>Por favor, enumere os esportes que você gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>Em comparação com outros rapazes ou moças da sua idade, quanto tempo aproximadamente você pratica cada um?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Menos que a média</td> <td style="width: 33%;">Dentro da média</td> <td style="width: 33%;">Mais que a média</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	<input type="checkbox"/>	<p>Em comparação com outros rapazes ou moças da sua idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Pior que a média</td> <td style="width: 33%;">Dentro da média</td> <td style="width: 33%;">Melhor que a média</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média	<input type="checkbox"/>																
Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<p>Por favor, enumere os passatempos, atividades e jogos favoritos que não sejam esportes. Por exemplo: Cartas, livros, piano, artesanato, automóveis, etc. (não inclua televisão)</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>Em comparação com outros rapazes ou moças da sua idade, quanto tempo aproximadamente você pratica cada um?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Menos que a média</td> <td style="width: 33%;">Dentro da média</td> <td style="width: 33%;">Mais que a média</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	<input type="checkbox"/>	<p>Em comparação com outros rapazes ou moças da sua idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Pior que a média</td> <td style="width: 33%;">Dentro da média</td> <td style="width: 33%;">Melhor que a média</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média	<input type="checkbox"/>																
Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								

<p>Por favor, enumere quaisquer organizações, clubes, equipes ou grupos que vocês pertençam.</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p>	<p>Em comparação com outros rapazes ou moças da sua idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Pior que a média</td> <td style="width: 33%;">Dentro da média</td> <td style="width: 33%;">Melhor que a média</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média	<input type="checkbox"/>					
Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Nas páginas a seguir, apresenta-se uma lista de afirmações que descrevem jovens. Para cada afirmação que o descreve como o é AGORA ou NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, trace um círculo em volta do **2** se a afirmação é MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA. Trace um círculo em volta do **1** se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA a seu respeito. Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA acerca de você, trace um círculo em volta do **0**.

1. Comporto-me de maneira infantil para a minha idade.	0 1 2	28. Estou pronto(a) a ajudar outras pessoas quando necessitam de auxílio	0 1 2
2. Tenho uma alergia(descreva-a) _____	0 1 2	29. Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola. (Descreva-os) _____	0 1 2
3. Discuto muito	0 1 2	30. Tenho medo de ir a escola	0 1 2
4. Tenho asma	0 1 2	31. Tenho medo de pensar ou fazer alguma coisa má	0 1 2
5. Comporto-me como se fosse do sexo oposto	0 1 2	32. Sinto que tenho que ser perfeito(a)	0 1 2
6. Gosto de animais	0 1 2	33. Sinto que ninguém gosta de mim	0 1 2
7. Gabo-me, sou vaidoso(a)	0 1 2	34. Sinto que os outros tentam me apanhar em falta	0 1 2
8. Tenho dificuldade em concentrar-me ou em prestar atenção	0 1 2	35. Sinto-me inferior ou desprezível.	0 1 2
9. Não consigo tirar certas ideias da cabeça (descreva-as) _____	0 1 2	36. Machuco-me muitas vezes por acidente	0 1 2
10. Tenho dificuldade para permanecer sentado(a)	0 1 2	37. Meto-me em muitas brigas	0 1 2
11. Sou demasiado dependente dos outros	0 1 2	38. Fazem troças de mim frequentemente	0 1 2
12. Sinto-me só	0 1 2	39. Ando com rapazes ou moças que se metem em brigas	0 1 2
13. Sinto-me confuso ou como se estivesse em um nevoeiro	0 1 2	40. Ouço coisas que mais ninguém parece ser capaz de ouvir. (descreva-as) _____	0 1 2
14. Choro muito	0 1 2	41. Ajo sem pensar	0 1 2
15. Sou muito honesto(a)	0 1 2	42. Gosto de estar sozinho(a)	0 1 2
16. Sou mau (má) para outras pessoas	0 1 2	43. Minto	0 1 2
17. Sonho muitas vezes acordado(a)	0 1 2	44. Roo minhas unhas	0 1 2
18. Tento deliberadamente ferir ou me matar	0 1 2	45. Sinto-me nervoso(a) ou tenso(a)	0 1 2
19. Quero que me deem muita atenção	0 1 2	46. Algumas partes do meu corpo fazem contrações ou tem movimentos nervosos (descreva-as) _____	0 1 2
20. Destruo as minhas próprias coisas	0 1 2	47. Tenho pesadelos.	0 1 2
21. Destruo coisas que pertencem a outras pessoas	0 1 2	48. Os outros rapazes ou moças não gostam de mim.	0 1 2
22. Desobedeço aos meus pais	0 1 2	49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que a maior parte dos rapazes ou moças	0 1 2
23. Sou desobediente na escola	0 1 2	50. Sou medroso(a) ou nervoso(a) demais	0 1 2

24. Não como tão bem como devia	0 1 2	51. Tenho tonturas	0 1 2
25. Não me dou bem com outros jovens	0 1 2	52. Sinto-me excessivamente culpado(a)	0 1 2
26. Não me sinto culpado depois de fazer alguma coisa que não devo	0 1 2	53. Como demais	0 1 2
27. Tenho ciúme dos outros	0 1 2	54. Sinto-me cansado(a) demais	0 1 2
		55. Tenho peso excessivo	0 1 2
56. Tenho problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:		73. Sou capaz de fazer bem trabalho manual	0 1 2
a) Sofrimentos ou dores	0 1 2	74. Gosto de me exibir ou fazer palhaçadas	0 1 2
b) Dores de cabeça	0 1 2	75. Sou tímido	0 1 2
c) Náuseas, sinto-me enjoado(a)	0 1 2	76. Durmo menos que a maioria dos rapazes ou moças	0 1 2
d) Problemas com os olhos (descreva-os) _____	0 1 2	77. Durmo mais que a maioria dos rapazes ou moças durante o dia e/ou durante a noite (descreva) _____	0 1 2
e) Problemas de pele	0 1 2	78. Tenho boa imaginação	0 1 2
f) Dores de estômago ou Câibras	0 1 2	79. Tenho problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva-os) _____	0 1 2
g) Vômitos	0 1 2	80. Luto pelos meus direitos	0 1 2
h) Outros (descreva-os) _____	0 1 2	81. Roubo coisas em casa	0 1 2
57. Ataco fisicamente outras pessoas	0 1 2	82. Roubo coisas em outros lugares além da minha casa	0 1 2
58. Tiro coisas da minha pele ou de outras partes do meu corpo (descreva-as) _____	0 1 2	83. Acumulo coisas que não preciso (descreva-as) _____	0 1 2
59. Posso mostrar-me bastante agradável	0 1 2	84. Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreva-as) _____	0 1 2
60. Gosto de fazer novas experiências	0 1 2	85. Tenho pensamentos que as outras pessoas considerariam estranhos (descreva-os) _____	0 1 2
61. Os meus trabalhos escolares são fracos	0 1 2	86. Sou teimoso (a)	0 1 2
62. Tenho falta de coordenação ou sou desastrado(a)	0 1 2	87. Tenho mudanças súbitas de humor ou sentimentos	0 1 2
63. Prefiro estar com rapazes ou moças mais velhos do que com os da minha idade	0 1 2	88. Gosto de estar com outras pessoas	0 1 2
64. Prefiro estar com rapazes ou moças mais novos do que com os da minha idade	0 1 2	89. Sou desconfiado (a)	0 1 2
65. Recuso-me a falar	0 1 2	90. Falo palavrões ou tenho uma linguagem obscena	0 1 2
66. Repito várias vezes as mesmas ações (descreva-as) _____	0 1 2	91. Penso em me matar	0 1 2
67. Fujo de casa	0 1 2	92. Gosto de fazer as pessoas rirem	0 1 2
68. Grito muito	0 1 2	93. Falo demasiado	0 1 2
69. Sou reservado ou guardo coisas para mim mesmo (a)	0 1 2	94. Arrelio muito com os outros	0 1 2
70. Vejo coisas que mais ninguém parece	0 1 2	95. Tenho um temperamento exaltado	0 1 2

ser capaz de ver (descreva-as)			

71. Estou pouco à vontade ou fico embaraçado (a) facilmente	0 1 2	96. Penso demasiado em sexo	0 1 2
72. Provoco incêndios	0 1 2	97. Ameaço ferir pessoas	0 1 2

98. Gosto de ajudar os outros	0 1 2	105. Uso álcool ou drogas sem ser para fins medicinais (descreva-as)	0 1 2

99. Preocupo-me demais em estar limpo(a) ou elegante	0 1 2	106. Tento ser justo (a) com os outros	0 1 2
100. Tenho problemas para dormir (descreva-os)	0 1 2	107. Gosto de uma boa piada.	0 1 2

101. Falto às aulas ou não vou à escola	0 1 2	108. Gosto de viver tranquilamente	0 1 2
102. Não tenho muita energia	0 1 2	109. Tento auxiliar os outros quando posso	0 1 2
103. Estou infeliz triste ou deprimido (a)	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto	0 1 2
104. Falo mais alto que a maioria dos rapazes ou moças	0 1 2	111. Evito envolver-me com outras pessoas	0 1 2
		112. Preocupo-me muito	0 1 2

Por favor, escreva neste espaço qualquer coisa que descreva os seus sentimentos, o seu comportamento ou os seus interesses.

ANEXO D – INVENTÁRIO DE EVENTOS ESTRESSORES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Nome:

Sexo:

Idade:

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

00) Ter problemas de saúde

Não ()

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

Muito obrigado pela sua colaboração.

1) Ter problemas com professores

Não ()

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

2) A família ter problemas com a polícia

Não ()

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

3) A família não ter dinheiro

Não ()

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

4) Discutir com amigos (as)

Não ()

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

5) Rodar de ano na escola

Não ()

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

6) Um dos pais ter filhos com outros parceiros

Não ()

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

7) Alguém da família perder o emprego

Não ()

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

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

Não ()

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

9) Não ter amigos (as)

Não ()

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

10) Alguém da família não conseguir emprego

Não ()

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

11) Mudar de colégio

Não ()

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

12) Mudar de casa ou de cidade

Não ()

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

13) Ter que trabalhar para ajudar a família

Não ()

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

14) Ser levado(a) para a FASE

Não ()

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

15) Ir para o conselho tutelar

Não ()

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

16) Morte de um dos pais

Não ()

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

17) Morte de irmãos (ãs)

Não ()

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

18) Morte de outro familiar

Não ()

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

19) Morte de amigo (a)

Não ()

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

20) Ter que viver em abrigo

Não ()

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

21) Ter brigas com irmãos (ãs)

Não ()

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

22) Ter familiares com ferimentos ou doenças

Não ()

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

23) Não conhecer um dos pais

Não ()

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

24) Ter dormido na rua

Não ()

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

25) Ter amigos (as) com ferimentos ou doenças

Não ()

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

26) Não receber cuidado e atenção dos pais

Não ()

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

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

Não ()

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

28) Ter que obedecer às ordens de seus pais

Não ()

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

29) Ter crise nervosa

Não ()

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

30) Ter doenças graves ou lesões sérias

Não ()

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

31) Ter problemas com os outros pela sua raça

Não ()

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

32) Ter dificuldades de adaptação/ajustamento na escola

Não ()

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

33) Sofrer humilhação ou ser desvalorizado(a)

Não ()

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

34) Sofrer castigos e punições

Não ()

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

35) Ter dificuldades em fazer amizades

Não ()

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

36) Um dos pais se casar novamente

Não ()

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

37) Sofrer agressão física ou ameaça de agressão por parte dos pais

Não ()

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

38) Ser tocado(a) sexualmente contra a vontade

Não ()

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

39) Ser suspenso(a) da escola

Não ()

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

40) Ter sido adotado(a)

Não ()

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

41) Ter mau relacionamento com colegas

Não ()

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

42) Ser impedido(a) de ver os pais

Não ()

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

43) Ser expulso de casa

Não ()

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

44) Ter algum familiar que bebe muito

Não ()

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

45) Ter provas no colégio

Não ()

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

46) Ficar pobre

Não ()

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

47) Usar drogas

Não ()

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

48) Um dos pais ter que morar longe

Não ()

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

49) Envolver-se em brigas com agressão física

Não ()

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

50) Ser estuprado(a)

Não ()

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

51) Ser rejeitado(a) pelos familiares

Não ()

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

52) Ser assaltado(a)

Não ()

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

53) Ser xingado(a) ou ameaçado(a) verbalmente

Não ()

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

54) Separação dos pais

Não ()

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

55) Ser expulso(a) da escola

Não ()

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

56) Ser expulso(a) da sala de aula pela professora

Não ()

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

57) Ter sofrido algum tipo de violência

Não ()

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

58) Terminar o namoro

Não ()

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

59) Sentir-se rejeitado(a) por colegas e amigos (as)

Não ()

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

60) Sofrer acidente

Não ()

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

ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL (CDI)

NOME: _____ SEXO: () M () F

IDADE: _____ ANOS

Por favor, responda aos itens assinalando com um “X” a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, do que você realmente acha.

Veja o seguinte exemplo:

- () Eu sempre vou ao cinema
- () Eu vou ao cinema de vez em quando
- () Eu nunca vou ao cinema

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

Marque só uma alternativa em cada questão.

Se você tem alguma dúvida, **pergunte agora!**

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

1. () Eu fico triste de vez em quando
 () Eu fico triste muitas vezes
 () Eu estou sempre triste
2. () Para mim tudo se resolverá bem
 () Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
 () Nada vai dar certo para mim
3. () Eu faço bem a maioria das coisas
 () Eu faço errado a maioria das coisas
 () Eu faço tudo errado
4. () Eu me divirto com muitas coisas
 () Eu me divirto com algumas coisas
 () Nada é divertido para mim
5. () Eu sou mau(má) de vez em quando
 () Eu sou mau(má) com frequência
 () Eu sou sempre mau(má)
6. () De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer
 () Eu temo que coisas ruins me aconteçam
 () Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão

7. () Eu gosto de mim mesmo
() Eu não gosto muito de mim
() Eu me odeio
8. () Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
() Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
() Tudo de mau que acontece é por minha culpa
9. () Eu não penso em me matar
() Eu penso em me matar
() Eu quero me matar
10. () Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
() Eu sinto frequentemente vontade de chorar
() Eu sinto vontade de chorar diariamente
11. () Eu me sinto preocupado de vez em quando
() Eu me sinto preocupado frequentemente
() Eu me sinto sempre preocupado
12. () Eu gosto de estar com pessoas
() Frequentemente, eu não gosto de estar com pessoas
() Eu não gosto de estar com pessoas
13. () Eu tomo decisões facilmente
() É difícil para mim tomar decisões
() Eu não consigo tomar decisões
14. () Eu tenho boa aparência
() Minha aparência tem alguns aspectos negativos
() Eu sou feio(a)
15. () Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim
() Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
() Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
16. () Eu durmo bem à noite
() Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites
() Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
17. () Eu me canso de vez em quando
() Eu me canso frequentemente
() Eu estou sempre cansado(a)
18. () Eu como bem
() Alguns dias eu não tenho vontade de comer
() Quase sempre eu não tenho vontade de comer

19. Eu não temo sentir dor nem adoecer
 Eu temo sentir dor e ficar doente
 Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente
20. Eu não me sinto sozinho(a)
 Eu me sinto sozinho(a) muitas vezes
 Eu sempre me sinto sozinho(a)
21. Eu me divirto na escola frequentemente
 Eu me divirto na escola de vez em quando
 Eu nunca me divirto na escola
22. Eu tenho muitos amigos
 Eu tenho muitos amigos e gostaria de ter mais
 Eu não tenho amigos
23. Meus trabalhos escolares são bons
 Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes
 Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa)
24. Sou tão bom quanto outras crianças
 Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças
 Não posso ser tão bom quanto outras crianças
25. Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém
 Eu não tenho certeza se alguém me ama
 Ninguém gosta de mim realmente
26. Eu sempre faço o que me mandam
 Eu não faço o que me mandam com frequência
 Eu nunca faço o que me mandam
27. Eu não me envolvo em brigas
 Eu me envolvo em brigas com frequência
 Eu estou sempre me envolvendo em brigas

MUITO OBRIGADO!

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA: *Saúde Mental em Crianças e Adolescentes Institucionalizados*

Com o objetivo de estudo e prevenção da saúde emocional de crianças e adolescentes, estamos desenvolvendo uma pesquisa, cujo tema é relacionado à saúde mental de crianças em situação de acolhimento institucional. Este trabalho está vinculado à linha de pesquisa Clínica da Infância e da Adolescência – Mestrado em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. A pesquisadora responsável é a psicóloga Jordana Calcing, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS. A professora orientadora do trabalho é Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti. Ambas podem ser contatadas pelo telefone da Universidade – (51) 3591.1122 r. 2227 ou pelos celulares (Jordana Calcing: 54-9102.8036; Silvia P. C. Benetti: 51-9964.4877).

Primeiramente, gostaríamos de esclarecer que este estudo visa a contribuir para a investigação do desenvolvimento emocional da criança e do adolescente acolhido, permitindo uma melhor compreensão das demandas psicológicas dessa população. Basicamente, o trabalho consistirá na realização de uma atividade de familiarização com as crianças e os adolescentes e posterior aplicação de instrumentos de avaliação psicológica, no período máximo de dois encontros de uma hora cada, podendo estender-se este prazo, se assim for necessário. Também serão realizadas entrevistas com os monitores da instituição, quando será preenchida uma ficha de dados sociodemográficos. Todos os cuidados éticos serão tomados nessa execução, sendo que o projeto será encaminhado para a avaliação do Comitê de Ética da UNISINOS. Neste sentido, será mantida a confidencialidade dos dados acerca da identidade de todos os participantes, será garantida a possibilidade de interromper a participação na pesquisa e explicitados todos os procedimentos de coleta de dados.

Em síntese, esta pesquisa objetiva colher dados para que estudos futuros possam ser direcionados a favor da saúde emocional dessas crianças e desses adolescentes. Além disso, este estudo poderá contribuir com a equipe do abrigo, através da devolução das informações colhidas, momento em que os cuidadores e também a equipe técnica, poderão refletir a respeito do desenvolvimento da criança e dos jovens em situação de abrigamento. Portanto, esta atividade tem como objetivo a promoção e a prevenção da saúde emocional, tanto das crianças e dos adolescentes, quanto dos cuidadores desta instituição.

Agradecemos, antecipadamente, a possibilidade de realizar o trabalho e nos colocamos à disposição para todos os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Jordana Calcing

Silvia P. C. Benetti

Passo Fundo,.....de.....de 2011.

Gratos pela atenção.

Instituição: _____

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

Data: ___/___/___.

Responsável pela Instituição