

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

# **DEPRESSÃO INFANTIL EM FAMÍLIAS MONOPARENTAIS**

Nome do autor

**Andreia Ribeiro Cardoso**

Dissertação orientada por Prof. Dr. Emílio Salgueiro

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

**2008**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dr. Emílio Salgueiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

## *Agradecimentos*

Agradeço em primeiro lugar ao Professor Doutor Emílio Salgueiro, orientador desta dissertação, que me permitiu a sua realização, pela sua disponibilidade e apoio.

Ao Presidente do Concelho Directivo da escola EB 2 3 das Olaias, agradeço pela autorização fornecida para a recolha da amostra e à Professora Graça Lourenço, no apoio dado à sua concretização.

À minha mãe, um agradecimento muito especial por todo o apoio incondicional durante toda a minha vida e no meu percurso académico. Por sempre acreditar em mim e estar sempre presente, pelo amor incondicional, o qual me é indispensável, por tudo... Muito obrigada!

Ao meu padrasto, João Esteves, que também tem representado um papel fundamental na minha vida e no meu desenvolvimento, enquanto presença, apoio, amor e dedicação...

Ao Luís, meu namorado, os meus sinceros agradecimentos pelo apoio incansável e paciência, fundamentais na realização desta dissertação. Agradeço também a dedicação, carinho, amizade, amor e compreensão...

Agradeço também ao meu pai que, de forma directa ou indirecta, também permitiu o meu percurso académico e a realização deste trabalho, pela disponibilidade e apoio.

À minha amiga de sempre, Guida, pela incondicional presença, paciência, motivação e amor em todos os momentos!

Aos meus colegas, professores e funcionários do ISPA, que contribuíram também para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À minha supervisora de estágio, Dra. Andreia Martins, por todo o carinho, apoio e incentivo.

Agradeço também ao João Lourenço, pela disponibilidade e apoio indispensáveis.

A todos aqueles que não refiro mas que também colaboraram de forma directa ou indirecta na realização deste trabalho...

## Resumo

**Palavras-chave:** *sintomas depressivos, crianças em idade escolar, famílias monoparentais*

Este estudo teve como objectivo principal avaliar, através da aplicação do questionário Children's Depression Inventory, (CDI; M. Kovacs, 1992), a presença de sintomas depressivos em crianças inseridas em famílias monoparentais, femininas ou masculinas, comparando-as com crianças pertencentes a famílias nucleares tradicionais.

A depressão infantil tem sido alvo de vários estudos, na medida em que pode comprometer o desenvolvimento da criança, até à idade adulta. Vários factores que se inter-relacionam são apontados como causa desta patologia mental, não se podendo pensar numa específica. A depressão pode ser influenciada por factores biológicos, orgânicos e ambientais, sendo que este estudo abordou principalmente a influência da estrutura familiar na manifestação de sintomas depressivos em crianças em idade escolar.

Com esta tese, pretende-se apresentar um contributo complementar de análise, na identificação de sintomas e causas de depressão infantil, para a definição de estratégias com vista à intervenção precoce.

## Abstract

**Key-words:** *depressive symptoms, school-age children, single-parent families*

This study aimed to evaluate, by applying the questionnaire Children's Depression Inventory (CDI; M. Kovacs, 1992), the presence of depressive symptoms in children in single-parent families, female or male, comparing them with children belonging to traditional nuclear families.

Children's depression has been the target of several studies, in that it may compromise the development of the child, until adulthood. Several inter-related factors are pointed out as a cause of mental pathology, not being possible to think about only in one specific. Depression can be influenced by biological, organic and environmental factors, and this study focused primarily on the influence of family structure in the expression of depressive symptoms in school-age children.

With this thesis, it is intended to make an additional contribution of analysis, with the identification of symptoms and causes of childhood depression, to define strategies for early intervention.

## Índice

<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>12</b>
1. A Depressão .....	12
2. A Depressão Infantil.....	13
3. Causas da Depressão Infantil .....	16
4. A importância da família no desenvolvimento da criança/ A família como suporte social .....	17
5. Famílias nucleares tradicionais .....	20
6. Famílias monoparentais.....	22
<b>III. METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
A) Amostra.....	27
B) Procedimento.....	27
C) Hipóteses .....	28
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>V. DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>VI. CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>39</b>
<b>VIII. ANEXOS.....</b>	<b>44</b>
ANEXO A. <u>Carta de Consentimento</u> .....	46
ANEXO B. <u>Escala CDI (Children's Depression Inventory)</u> .....	50
ANEXO C. <u>Outputs Estatísticos</u> .....	56



## I. INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde mental da criança tem aumentado de forma expressiva, sendo considerada a causa de maior importância na infância (Halpern e Figueiras, 2004).

A depressão infantil tem sido alvo de vários estudos, na medida em que pode comprometer o desenvolvimento da criança, até à idade adulta e pela sua dificuldade de diagnóstico, por apresentar várias formas de manifestação dos sintomas depressivos. Halpern e Figueiras (2004) afirmam que os transtornos de saúde mental na infância, para além de terem impacto imediato nas crianças e suas famílias, podem ser precursores de problemas psiquiátricos e sociais ao longo da vida.

A depressão na criança só teve o devido reconhecimento enquanto patologia existente e inibidora do saudável desenvolvimento psíquico e, em última instância, somático, na segunda metade do século XX, ainda que a psicanálise, enquanto teoria e técnica, tenha desde sempre, dado grande importância aos primeiros momentos de vida na etiopatogenia de todas as patologias (Coimbra de Matos, 1996).

O sintoma patogénico universal da depressão pode ser definido como o abatimento do estado geral do indivíduo, nomeadamente por uma redução da sua vitalidade. Assim, o sintoma pode ser definido, de forma consensual, como um humor caracterizado pelo abatimento e pela tristeza extraordinariamente profunda.

Segundo Miller (2003), em crianças pequenas, a manifestação de sintomas depressivos pode ser identificada através de comportamentos fóbicos escolares, rebeldia e mau humor. Em crianças mais velhas evidencia-se por inquietação, perda de interesse, aborrecimento, apatia, agressividade e ansiedade.

Como causas para a origem da depressão infantil, são apontados factores genéticos, orgânicos e ambientais, podendo, muitas vezes estarem relacionadas a problemas familiares (Nissen, 1973).

Estes dados remetem-nos para a importância da estrutura familiar.

A família funciona como fonte de crenças, valores e códigos de comportamento que permitem a formação da identidade da criança, do mundo e de si própria (Caplan, 1976). Desta forma, a

família exerce funções cruciais para o desenvolvimento humano, nomeadamente pela protecção, socialização e afecto que os pais podem oferecer aos seus filhos.

Segundo Romanelli (2003), a família nuclear tradicional mantém a sua importância, pois expressa um significado simbólico em grande parte da população. Este modelo de família é constituído por os dois progenitores e por, pelo menos, um filho, e tem como características: uma estrutura hierarquizada de funções destinadas a cada membro.

Apesar de prevalecer, ainda em maior número o tipo de família nuclear tradicional, as famílias monoparentais começam a ganhar expressão no contexto da adaptação às alterações da sociedade e da alteração do funcionamento e dinâmica familiar.

As famílias monoparentais apresentam várias definições. Segundo Gomes (2004) a família monoparental é uma “estrutura familiar onde uma ou mais crianças vivem apenas com um dos progenitores”. Costa (1994) define-as como maternidade e paternidade simples, fazendo referência à relação com os filhos por parte de mães ou pais solteiros, viúvos ou divorciados. Neste tipo de família a responsabilidade é acrescida, onde apenas um dos progenitores assume o papel dos dois (Sá e Cunha, 1996). As famílias monoparentais surgem, na maioria das vezes, de um processo de separação ou divórcio do casal.

Golombok (2000) mostrou que a monoparentalidade pode apresentar consequências negativas devido à existência de apenas um elemento educador, de baixos níveis económicos, do baixo suporte social disponível para estes pais e dos altos níveis de stress a que estão sujeitos. Verifica-se também que as dificuldades com que estas famílias se deparam estão associadas ao estabelecimento e flexibilidade de normas familiares (Alarcão, 2002). Alguns estudos defendem que crianças e adolescentes pertencentes a famílias monoparentais apresentam mais problemas emocionais, manifestando baixos níveis de auto-estima, sintomas de ansiedade e de depressão, quando comparados com crianças e adolescentes de famílias nucleares. Um dos factores apontados é a separação ou divórcio dos progenitores. Quando há separação, a criança experiencia sentimentos de perda e de medo e as consequências negativas desse acontecimento. Esta separação tem impacto no casal e na criança, estando todos expostos a um processo adaptação. A vulnerabilidade psicológica de crianças que convivem com o processo de separação conjugal tem sido alvo de pesquisas transversais nos últimos anos (Bloom et al, 1978; Wallerstein, 1991; Gilligan, 1993; Emery, 1994). Estes estudos revelam que as crianças apresentam dificuldade de adaptação às novas regras familiares pós-divórcio

(Wallerstein & Kelly, 1980); Cummings, 1986; Davies, Hyman, Alpert & Sheeber, 1998), apesar de se verificarem maiores dificuldades de adaptação quando há conflitos entre os pais durante o período de pré-separação (Emery, 1982; Emery, 1994; Doolittle & Deutsch, 1999). Estes conflitos, com longa duração entre o casal, provocam problemas de ajustamento tanto em crianças como em adolescentes, destacando-se: agressividade, isolamento, ansiedade generalizada e depressão (Cummings, 1987; Davies et al., 1998). Acrescido de um sentimento de perda, da unidade familiar e da presença de um dos progenitores.

Vários factores que se inter-relacionam são apontados como causa desta patologia mental, não se podendo pensar numa específica. A depressão pode ser influenciada por factores biológicos, orgânicos e ambientais, sendo que este estudo abordou principalmente a influência da estrutura familiar na manifestação de sintomas depressivos em crianças em idade escolar.

O presente estudo, comparativo, tem como objectivo averiguar se se verificam diferenças, ao nível dos sintomas depressivos manifestados, entre crianças pertencentes a famílias monoparentais e em crianças que vivem inseridas em famílias nucleares tradicionais, com os dois progenitores, incidindo sobre a ausência de um dos progenitores como causa de manifestação de sintomas depressivos na infância.

Desta forma, pretende-se apresentar um contributo complementar de análise, na identificação de sintomas e causas de depressão infantil, para a definição de estratégias com vista à intervenção precoce.

## II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1. A Depressão

Apesar de não existir um significado simples e conciso da depressão, o seu sintoma patogénico universal define-se como o abatimento do estado geral do indivíduo, nomeadamente da sua vitalidade. Assim, o sintoma pode ser definido, de forma consensual, como um humor caracterizado pelo abatimento e pela tristeza extraordinariamente profunda.

Segundo James Coyne (1985), podem distinguir-se duas posições distintas quanto ao estudo da depressão. Por um lado, uma que a considera como um dos grandes problemas da sociedade, associada ao stress, à desintegração das relações e às circunstâncias depressivas da vida e, por outro lado, a consideração da depressão como uma das patologias mentais mais problemáticas.

Por outro lado, Gilbert (1948) defende que esta patologia não resulta apenas de transformações cognitivas ou psicológicas, mas sim na interligação destes dois factores em relações complexas que determinam a mudança do indivíduo com um todo, adaptada aos condicionamentos sociais.

Autores como Bégoïn (2000), Freud, Nacht e Racamier (1959) e António Coimbra de Matos (2001), defendem que o ponto comum a todos os estados depressivos é a perda de amor, desencadeado pelo afastamento do objecto que o indivíduo sente que lhe é indispensável.

Neste sentido, António Coimbra de Matos (2001) fala da natureza da perda, nas disposições depressivas e afirma que o luto e a depressão se distinguem pela natureza da perda, uma vez que no primeiro, o sujeito perdeu o objecto e na segunda, o amor do objecto. Quanto à qualidade da perda, o sujeito deprimido tem provavelmente a funcionalidade do objecto mas não tem o amor incondicional.

Os sentimentos desencadeados pela depressão são o abatimento, o desânimo, a culpa e a inferioridade. Esta patologia surge “quando a natureza predominante narcísica dos laços objectais condiciona uma intolerância e uma susceptibilidade intensas à perda de amor e protecção do objecto fundamental” (Coimbra de Matos, 2001). Os sentimentos de culpa são resultado do ataque, real ou fantasiado, ao objecto perdido.

Para Spitz (1946), as crianças poderão transmitir os mesmos sentimentos de insuficiência de amor e incapacidade de amar que transmitem os adultos, no entanto apresentam um código diferente de comunicação.

## **2. A Depressão Infantil**

Foi no seguimento de vários estudos que se considerou a hipótese de que as crianças ficassem deprimidas.

Spitz (1946) e Bowlby (1960) foram os pioneiros no reconhecimento da depressão infantil, na criança como momento crucial para o desenvolvimento futuro desta patologia e na infância como momento onde existe e se manifesta esta patologia.

Em 1917, Sigmud Freud também influenciou o reconhecimento da depressão infantil enquanto patologia existente e inibidora do saudável desenvolvimento psíquico, defendendo que uma das características da depressão era a diminuição do sentimento de auto-estima e expectativas ilusórias de auto-punição. Segundo Freud, a criança não tinha capacidade de auto-estima, por essa ser uma função do superego e tão pouco a habilidade de se projectar no futuro, justificando assim a impossibilidade do diagnóstico de depressão nas crianças.

Segundo Luísa Vicente (1999), a dificuldade em reconhecer a depressão infantil poderá estar relacionada com a excessiva idealização que os adultos fazem da infância. Ignorando índices de depressão nos seus filhos, aos progenitores é-lhes permitido manter a imagem de uma criança perfeita, facilitando-lhes o reencontro com as suas próprias fantasias e desejos infantis.

Abraham (1911) refere que a depressão infantil consiste numa decepção amorosa, causa de uma ferida grave no narcisismo infantil, considerando que uma das pré-condições do desenvolvimento da melancolia seria esta decepção que poderá conduzir a um estado de desânimo. Freud descreve esta melancolia, como sendo resultado da existência de uma regressão oral-sádica, o que supõe que esta patologia assenta numa falha no desenvolvimento psicosexual, uma problemática originária nos primórdios da infância.

Para Teresa Ferreira (2002) a depressão infantil é “perturbação da organização do sentimento de auto-estima, concentrando-se em volta de uma ferida narcísica, com conseqüente alteração funcional do psiquismo.”.

A criança deprimida tem uma imagem distorcida de si própria, sentindo-se incapaz. A criança cresce, tendo por base, uma falha grave na sua auto-imagem. Todo o seu desenvolvimento é marcado pela insegurança, pelo medo, pela vivência antecipatória do falhar. As defesas mobilizadas por si podem ser de fuga à mentalização e de tendência a agir, ou de inibição, manifestando-se um franco rendimento escolar, intelectual e social.

Embora na maioria das crianças, a sintomatologia seja atípica, poderão manifestar-se sintomas clássicos da depressão, como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças de hábitos alimentares ou de sono, problemas físicos como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas e mal-estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual. Esta manifestação, por vezes, esconde sentimentos depressivos. A tristeza poderá ou não estar presente.

A depressão na criança e adolescentes pode começar por se manifestar pela perda de interesse por actividades que habitualmente eram interessantes, isolamento, apatia e redução significativa da actividade. Esta manifestação, por vezes, esconde sentimentos depressivos através de uma máscara de irritabilidade, choro, insónias, baixa concentração, problemas de memória, fadiga, lentidão psicomotora, agressividade, rebeldia e hiperactividade.

De forma complementar, também se pode manifestar ao nível da diminuição da concentração e da atenção, da perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade, baixa auto-estima, sentimentos de culpa e inutilidade, com tendência ao pessimismo e dependendo da incidência, poderá dar origem a ideação suicida.

A presença do transtorno depressivo em crianças prejudica o seu desempenho escolar e social, com a presença de comportamentos inadequados e violentos acompanhados de uma baixa tolerância à frustração. A criança apresenta dificuldade de concentração, para interiorizar e cumprir as regras (Miller, 2003).

Segundo Grillo e Silva (2004) as mudanças súbitas no comportamento da criança, tais como afastamento dos amigos e da família, falta de cuidados com a aparência e vestuário também poderão indiciar a presença do transtorno depressivo.

Outra forma de identificação desta patologia é uma criança se recusa a interagir, esta criança está a demonstrar uma perda amorosa através do equipamento psíquico que possui (Spitz, 1946). Desta forma, face à perda de amor do objecto, a criança apresenta problemáticas no desenvolvimento do Eu, que podem ir de paragens transitórias no desenvolvimento até à perda de inibição de todas as funções até então adquiridas.

Teresa Ferreira (2002) considera que esta patologia assenta num modelo de economia depressiva, no sentido da economia depressígena de que fala Coimbra de Matos (2001), em que a criança dá mais do que recebe.

Segundo este autor, a mãe de uma criança deprimida apresenta, na maioria das vezes, uma tendência depressiva que origina num desinvestimento na criança de uma forma narcísica e negativa, não promovendo a sua autonomia. A criança não foi valorizada, não se sentindo capaz de atingir os objectivos que lhe são propostos, sentindo-se frustrada e incapaz. Este objecto depressígeno apresenta uma “atitude de protecção e afecto que contrasta com sentimentos de saturação relacional e rejeição, impondo ao investimento do sujeito um esgotante estado de tensão e retenção”, o que o leva a mover-se conforme os movimentos do objecto.

De acordo com Lima (2004), as crianças pequenas não têm a capacidade de se expressar verbalmente, podendo apresentar choro persistente, irritabilidade ou queixas somáticas. À medida que a criança vai crescendo, os sintomas vão se aproximando aos dos adultos.

O autor refere a existência de novas classificações e definições dentro do diagnóstico psiquiátrico do transtorno da depressão infantil, integrando diversas classificações, de acordo com os sintomas e a fase de desenvolvimento da criança:

1. **Transtorno Depressivo Distímico**, que pode ter início na infância ou adolescência e apresenta sintomas depressivos ou irritáveis. A irritabilidade é manifestada mais em crianças do que em adultos.
2. **Transtorno de Separação**, caracterizado por os sintomas típicos de depressão, como tristeza, preocupação, problemas em dormir, queixas somáticas, apatia e afastamento social e pode surgir com o receio de separação das pessoas às quais a criança tem ligação, podendo representar o receio de se separar de um dos pais.
3. **Transtorno de Ajustamento com Humor Depressivo**. Neste tipo, os sintomas depressivos são associados a uma causa psicológica como o divórcio dos pais, mudança de casa e afastamento dos amigos ou doença de um dos pais, e revelam uma inadaptação à situação de stress vivida.
4. **Luto não complicado**, que é recorrente da perda de uma pessoa amada e não é considerado um transtorno, mas sim uma reacção normal. O luto é normalmente associado a vários sintomas depressivos com um funcionamento temporário social e escolar prejudicado.

5. **Mania**, que por ser um sintoma grave produz uma queda acentuada do rendimento escolar. Pode ser considerado leve, moderado ou grave e é dividido em categorias:

- a) **Transtorno Bipolar, episódio misto**, que apresenta sintomas de mania e de depressão.
- b) **Transtorno Bipolar, tipo depressivo**, que se manifesta com predominância de episódio depressivo, apesar de se poder manifestar episódios maníacos.
- c) **Ciclotimia**, caracterizado por inúmeros episódios de hipomania num período de um ano, podendo haver presença de humor depressivo ou perda de interesse no prazer.
- d) **Transtorno Bipolar não especificado**, que, embora se caracterize pela presença de características maníacas ou depressivas, os sintomas não satisfazem os critérios para outros transtornos bipolares específicos.

A depressão na infância e adolescência pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. A criança deprimida, se não for devidamente acompanhada, sofrerá uma alteração da percepção que tem do mundo e de si mesma, revelando-se com uma baixa auto-estima. Este distúrbio pode avançar pela adolescência e chegar à idade adulta.

A criança deprimida aparece no futuro, como um adulto depressivo, através de um desenvolvimento doloroso. Vive em constante sofrimento, em constante conflito interno e na busca incessante de valorização e confirmação narcísica. Não se sente suficientemente amada e reforçada. (Patrícia Câmara, 2005).

### 3. Causas da Depressão Infantil

Existem várias causas apontadas para a origem da depressão infantil. São apontados factores genéticos, orgânicos e ambientais, podendo, muitas vezes ser reflexo de falta de atenção, carinho e estrutura familiar.

Estudos realizados por Nissen (1973) e por outros autores posteriores a ele, as causas estão relacionadas a problemas familiares.

Os problemas conjugais, os problemas financeiros, a cobrança excessiva por parte dos pais e da sociedade em relação ao desenvolvimento da criança, a falta de contacto da criança com os pais em função das suas responsabilidades profissionais e necessidade de sobrevivência

impedem que haja um vínculo positivo. Estes são factores que contribuem para o aumento da possibilidade de a criança desenvolver o transtorno depressivo que interfere directamente no seu desenvolvimento psico-social e académico.

Mas o factor principal é a abrupta mudança de rotina, como ocorre em casos de separação dos progenitores. Outro factor referido por alguns autores, é a causa biológica. Segundo Miriam Kaufman (2001), a criança tem maior possibilidade de desenvolver um quadro depressivo, cujos pais têm ou tiveram episódios de depressão. O autor aponta como factores externos a separação dos pais, como sendo a causa mais importante, que poderá causar na criança um sentimento de abandono, de estar só e de traição.

Para Coimbra de Matos (2001), a decepção com o objecto e as suas consequências, dão origem à idealização do objecto. O objecto pedido é sentido como mau, apesar de as suas qualidades negativas serem recalcadas e introjectadas no Self, passando a ser constituintes do sujeito e o objecto consciente mantém-se idealizado.

Nas crianças deprimidas, a relação com o objecto é sempre frustrante, pelo que a criança nunca atinge o amor incondicional. Para manter a relação de que necessita para sobreviver, a criança introjecta as más qualidades do objecto, desenvolvendo um Superego punitivo e severo e um Eu oprimido e inibido, não permitindo liberdade de expressão da genuidade e mantendo as más qualidades do objecto.

#### **4. A importância da família no desenvolvimento da criança**

A família exerce funções cruciais para o desenvolvimento humano, nomeadamente pela protecção, socialização e afecto que os pais podem proporcionar aos seus filhos.

O primeiro grupo de pessoas com que a criança tem contacto, ao nascer, é a família. Nesta altura, a criança já demonstra as suas preferências, seus gostos e suas diferenças individuais. Também a família tem os seus hábitos, suas regras e o seu modo de viver.

Neste sentido, é deste modo que a criança começa a aprender a agir, a comportar-se, a demonstrar os seus interesses e a comunicação com a família será de acordo com estes padrões. A família é, então a fonte original da identidade da criança. Desde cedo, que os pais precisam de transmitir à criança, os seus valores, percebendo-se, deste modo, a importância da orientação dos pais.

Segundo Caplan (1976), a família funciona como fonte de crenças, valores e códigos de comportamento que dão à criança a sensação de identidade do mundo e de si própria, servindo também de orientação à sua forma de agir. Como a família é o contacto primário da identidade de um indivíduo, sendo fundamental para o confronto de crises que prejudicam a formação da sua identidade, constitui-se no melhor suporte de reforço dessa identidade. Habitualmente, estas crises provocam ansiedade, depressão e culpa, e a intervenção dos familiares minimiza esses sentimentos, na expressão de afecto e conforto.

Desta forma, a família contribui no fortalecimento do ego dos seus membros, no que diz respeito ao domínio emocional.

Campbell (1997) refere-se a trabalhos como os de Cohen, Syme e Rosengreen e colaboradores, que destacam a estrutura e o apoio social como factores directos de melhoria da saúde e moderadores de stress, destacando o papel da família como sendo a base mais importante de apoio social, exercendo forte influência.

Segundo Winnicott em *Natureza Humana* (1990), “Os estágios iniciais jamais serão verdadeiramente abandonados, de modo, ao estudarmos um indivíduo, em qualquer idade, podemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias. Ao cuidar da criança ou ao realizar uma psicoterapia, é necessário estarmos sempre atentos à idade emocional do momento, de modo a podermos fornecer o ambiente emocional adequado.”. Assim, há momentos em que o indivíduo se apresenta mais vulnerável, mais ameaçado na sua integridade física ou psicológica. O seu “Eu” torna-se menos coeso, menos estruturado e menos confiante. Psicologicamente, o indivíduo regride a uma fase de dependência. Busca um objecto capaz de lhe restituir a integridade, o “Eu” que construiu na relação de holding, na interacção com a mãe. Este processo é dinâmico em busca do mesmo ambiente emocional, procurando relações interpessoais que contenham, na sua essência, os aspectos adequados à boa estrutura e reestruturação do “Eu”.

A dinâmica do suporte social da família parece, à luz da teoria de Winnicott, ser uma revivência do holding. Este conceito refere-se a um relacionamento próximo, que envolve afecto, cuidado e comunicação partilhados. Este relacionamento gera, na criança receptora, um sentimento de protecção, apoio e confiança no confronto com situações de stress vivenciadas. Assim como o holding contribui para a estruturação do “Eu”, o suporte social contribui para sua reestruturação ou reforço em momentos de crise ou vulnerabilidade. O suporte social manifesta-se em momentos que o indivíduo se mostra fragilizado, em crise,

ameaçado na sua integridade, procurando alguém que lhe proporcione apoio e acolhimento. Assim como no holding, para que o suporte social funcione, torna-se necessário um adequado relacionamento cuidador-cuidado, pais-filho, ou, em termos de Winnicott, um provedor "suficientemente bom", capaz de interpretar e responder às necessidades do receptor, oferecendo-lhe afecto, carinho, cuidado, acolhimento, reconhecimento, compreensão e informação. O suporte social funciona como actualização ou revivência do holding em situações que o indivíduo se sinta vulnerável ou ameaçado em sua integridade física ou psicológica. Nessas circunstâncias o receptor criança receptora necessitará de uma mãe adequada e "suficientemente boa", capaz de captar e atender às suas necessidades oferecendo-lhe amor, cuidado e protecção.

Assim, a família que funcione dentro de uma dinâmica de coesão grupal entre os seus membros e de apoio social, proporciona aos seus membros suporte para a reestruturação do seu "Eu", a sua individualidade.

A família tem a função de entender que a criança precisa de liberdade, mas que por si só não tem condições de avaliar o que é melhor ou pior para ela mesma. A família é o suporte que todas as crianças precisam para o desenvolvimento do conhecimento adequado de si mesmo e o sentimento de confiança nas suas capacidades afectivas, físicas, cognitivas, éticas de inter-relação pessoal e de inserção social.

Teresa Ferreira (2002) afirma a importância de a criança, desde o nascimento até à latência, ir-se soltando da sua dependência, com a ajuda dos seus pais, substituindo-a por autonomia, que só é possível de se construir através de um bom nível de auto-confiança. Para poder explorar o mundo a criança precisa de ser amada e valorizada enquanto si mesma e não enquanto prolongamento narcísico da sua mãe. Isto significa que, de um estado inicial de total dependência, do ponto de vista físico e afectivo, dos prestadores de cuidados, se vai progredindo para estados de autonomia progressivos, num crescente de "dependência" de si mesmo. Assim, a criança só poderá atingir essa individuação se o objecto primário de amor estiver "presente e com disponibilidade emocional" (Mahler, 1963). O estabelecimento de identificações estáveis torna a criança mais independente das suas relações objectais.

## 5. Famílias nucleares tradicionais

O conceito de família tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos, de acordo com as transformações ocorridas ao nível do funcionamento e comunicação de todos os membros intervenientes.

De acordo com Romanelli (2003), a dinâmica familiar ocorre através do processo de reprodução da sociedade, que tem sofrido transformações na sua composição e nas formas de relacionamento entre os seus membros. Estas alterações têm redefinindo as relações do modelo de família nuclear. Um dos factores abordados pelo autor é a mudança da dinâmica familiar com a inserção da mulher no mercado de trabalho, em consequência das dificuldades económicas enfrentadas pela família.

A família nuclear tradicional é formada através de laços conjugais, da união de um homem e uma mulher, que geram filhos. O casal e os seus filhos vivem juntos em torno de cinco funções básicas: sexual, cuidadora, socializadora, afectiva e económica.

Floresheim, Tolan & Gorman-Smith (1998) e Wagner (2002), a família nuclear tradicional, também denominada por conjugal, é caracterizada como sendo composta por uma mulher, o seu filho e o progenitor, com quem vive matrimonialmente.

Heck & Parker (2002) consideram que as famílias constituídas por outros adultos, para além da mãe, favorecem a maternidade e o desenvolvimento da criança, em parte devido ao apoio social dado à mãe por esses membros. Neste sentido, a família nuclear, assume um efeito positivo nestes dois aspectos, no caso de este fornecer um de qualidade à mãe.

Estudos clássicos com bebés definem o papel do pai, como de grande importância no desenvolvimento infantil. De acordo com Winnicott (1965/1971), o pai assume uma importância directa sobre o desenvolvimento dos seus filhos, fornecendo o suporte para as relações triangulares, como indirecta, através do apoio dado à mãe.

Outros estudos têm mostrado que, mesmo que o pai possa estar, inicialmente, menos envolvido com a criança, pela própria natureza do vínculo simbiótico da gravidez, a partir do nascimento, passa a ser cada vez mais importante para o desenvolvimento infantil. Stern (1997) destacou que a figura paterna tem um papel importante na vinculação entre a mãe e o bebé, partilhando com Winnicott (1965/1971) a ideia de que se a mãe se sentir amada como mulher, pelo progenitor, tende a cumprir mais facilmente o seu papel de mãe.

Parke (1996) também defendeu que a presença do pai favorece o envolvimento da mãe com o seu bebé. Segundo o autor, as mães tendem a estimular, falar e sorrir mais para os seus filhos, na presença do seu marido. Tais estudos mostram uma relação positiva entre a presença do pai e o maior cuidado da mãe com o bebé, o que contribuiria para um desenvolvimento infantil mais saudável.

Neste sentido, o relacionamento satisfatório entre mãe e filho, protege a criança do desenvolvimento do transtorno depressivo, além de lhe permitir a elaboração das fases depressivas comum ao desenvolvimento e servir como base de segurança, confiança e afecto no seu relacionamento com os pais e posteriormente noutras relações. A predominância de experiências positivas e gratificantes para a criança, desde o nascimento podem ser consideradas como uma eficaz intervenção, proporcionando o bom desenvolvimento desta (Fichtner, 1997). Do ponto de vista da saúde mental, a família nuclear assume um papel fundamental, desde que dentro de um enquadramento de uma dinâmica familiar e social estáveis.

No entanto, segundo Poznanski et al (citado em Marcelli, 1998), existem alguns factores no ambiente familiar nuclear que estão presentes regularmente nos casos de transtorno depressivo infantil. Entre os quais se destacam: sentimento de frustração e culpa devido à dificuldade de acesso à mãe; pouco ou nenhum estímulo afectivo, verbal ou educativo dos progenitores; excessiva severidade dos pais em relação à educação da criança, favorecendo um superego rígido e impiedoso na criança. Para além destes factores, histórias de abandono, ausência dos pais, separação do casal e permanência de conflitos familiares podem também favorecer a manifestação de sintomas depressivos, na criança (Fichtner, 1997; Marcelli, 1998).

As dificuldades de adaptação e aprendizagem em crianças que apresentam quadro depressivo, pertencentes a famílias nucleares, estas tendem a ser rígidas, em que a criança precisa de ser auto-suficiente por não receber amor e apoio dos pais, o que se repercute em ansiedade bloqueadora da introjeção de aprendizagens, agressividade e sentimentos de culpa (Fichtner, 1997).

Este autor destaca, ainda, outro tipo de estrutura familiar que pode influenciar negativamente o rendimento académico são as “famílias desorganizadas”, nas quais os pais são extremamente ausentes, direccionando a atenção apenas para actividades profissionais e sociais, em detrimento da satisfação das necessidades básicas dos filhos. Desta forma, não se

estabelece um vínculo bem estabelecido, havendo pouca comunicação, ausência de limites e rotina familiar. Muitas das crianças inseridas nestes lares vivenciam sentimentos de abandono e de negligência, podendo, desta forma, manifestar-se também sintomas depressivos infantis.

## **6. Famílias monoparentais**

No contexto da emergência de novas famílias, surge a monoparentalidade. As famílias monoparentais assumem várias definições. Gomes (2004, p.8) considera que a família monoparental é uma “estrutura familiar onde uma ou mais crianças vivem com apenas com um dos progenitores, ou alguém que, na qualidade de tutor, assume esse papel.”

A partir de meados do século XX, há um aumento significativo do modelo de família monoparental, em que na maioria dos casos sai a figura paterna, sendo a mãe a assumir o poder e responsabilidade paternal (Miotto, 1997).

Segundo Costa (1994), a família monoparental representa a maternidade ou a paternidade simples, fazendo-se referência à relação com os filhos por parte de mães ou pais solteiros, viúvos ou divorciados.

Devido às mudanças ocorridas no funcionamento da relação entre o casal, o conceito de casamento deixou de apresentar o carácter de eternidade. Perante estas transformações observa-se uma fragilização dos vínculos familiares e uma maior vulnerabilidade da família no contexto social. De acordo com Miotto (1997), esta vulnerabilidade está relacionada com o facto de o conceito de família nuclear, como norma, ter sido configurado num modelo de família monoparental.

A família monoparental não acarreta, muitas vezes, a concordância cultural devido ao estereótipo feito de que uma criança deve ter no seu plano educativo, a presença do pai e da mãe com funções distintas e específicas; pois o lado do afecto, do acompanhamento escolar e o bem-estar físico ainda está associado às funções maternas, e para o pai está reservada a estabilidade económica da casa, a imposição de normas, a definição da autoridade e da hierarquia familiar (Gomes, 2004). No entanto, não podemos considerar a não concordância cultural como regra pois já se verifica na sociedade actual uma partilha de papéis entre os dois progenitores, ao nível do cuidador único nas famílias monoparentais bem como das famílias nucleares.

Marsha Weinraub e Wolf (1987) demonstraram que as consequências negativas da existência de um só elemento educador, advém de baixos níveis económicos, do baixo suporte social fornecido a estes pais e dos altos níveis de stress a que estão sujeitos, para além da inexistência de uma rede social coesa de suporte que apoie o elemento educador (Golombok, 2000). Verifica-se também que as dificuldades com estas famílias se deparam, comprovam-se pelos baixos resultados ao nível de satisfação com soluções funcionais encontradas para lidar com questões associadas ao estabelecimento de regras e normas familiares (Alarcão, 2002).

A família monoparental pode surgir após o falecimento de um cônjuge, no caso de a mulher engravidar e assumir sozinha a maternidade ou após uma separação ou divórcio.

A separação ou divórcio dos pais, na maioria das vezes, caracteriza-se por uma situação de crise, de maior risco de disfunção familiar, com vivência traumática para o casal e para a criança.

Este acontecimento pode ser uma experiência bastante traumatizante para a criança na medida em que algumas crianças não conseguem aceitá-lo e entender o seu significado, podendo, por vezes, sentir que são responsáveis por este acontecimento ou que ela própria tenha desejado separar o pai da mãe (nos seus fantasmas edipianos). Surge um desejo obsessivo de regressar ao tempo mítico anterior à separação que é acompanhado por dois mecanismos que bloqueiam a capacidade de pensar da criança: a negação e a clivagem. (Berger, 1997). A negação consiste na rejeição de qualquer argumento “objectivo” que lhe seja apresentado. Por outro lado, a clivagem consiste em manter coexistentes dois modos antinómicos. Esta clivagem, que permite manter um vínculo positivo com o/a progenitor(a), tem graves consequências visto que impede o acesso à ambivalência: os pais não podem ser amados e criticados simultaneamente. São idealizados por uma parte do psiquismo da criança, temidos e odiados por outra, sendo que estas duas partes não comunicam entre si.

Segundo o autor, através da prática clínica observa-se que, por trás da impossibilidade de renunciar à imagem idealizada dos pais podemos, se manifestam elementos depressivos melancólicos nas crianças que sofrem intensamente com a separação.

Na fase edipiana, a partir dos três ou quatro anos, surgem na criança processos psíquicos complexos: por um lado, o desejo amoroso por cada um dos progenitores e, por outro, a identificação com cada um deles, manifestando-se com uma vontade de ser como o pai e com a mãe. Neste sentido, progenitor do sexo oposto ao seu, torna-se interessante como objecto de desejo e a criança pode passar esta fase através de diversos mecanismos de defesa:

recalcamento, sublimação, transferência de sentimentos para outras pessoas ou latência dos desejos. Nesta fase, é importante que a criança perceba que os seus pensamentos não conseguem destruir a união entre o casal (Berger, 1997). Numa fase de separação dos progenitores, se este último conceito não for interiorizado pela criança, ela poderá sentir-se culpada por o acontecimento.

Vários estudos foram realizados para verificar o impacto de efeitos nocivos de condições desfavoráveis, nos filhos de famílias monoparentais ou em que houve divórcio.

O divórcio é o resultado de um longo processo de deterioração, de sofrimento – vivido por ambas as partes. Quem rejeita vive, geralmente, uma situação de grande culpabilidade e quem é rejeitado vive inúmeros sentimentos negativos específicos desta situação, como abandono, ansiedade generalizada, sensações de insucesso, dúvidas quanto ao futuro, medo da mudança, insegurança emocional e económica, raiva, sentimentos de vingança, de ódio ou cólera (Maria Saldanha Pinto Ribeiro, 2006). É um período muito doloroso e frágil da vida do casal. Por vezes, quando o rejeitado compreende que a sua luta, no sentido de manter o outro, é inútil e que as humilhações por que passou e a que se sujeitou não produziram efeito, instala-se por vezes uma situação de grande ódio e desejo de vingança. A dor de quem se separa, sobretudo a de quem é rejeitado, é de tal forma profunda que um dos progenitores pode ter tendência a envolver as suas crianças nessa mesma dor e sacrificá-las, colocando-as no centro de uma rede onde se cruzam múltiplas relações de vária ordem.

Nestes casos, em que a decisão de separação dos progenitores não é de mútuo consentimento, poderá observar-se, segundo a autora, a Síndrome de Alienação Parental. Esta define-se por a criação de uma relação de carácter exclusivo entre a criança e um dos progenitores com o objectivo de excluir o outro. A “alienação parental” é conseguida através de uma série de técnicas (conscientes ou inconscientes) de programação/manipulação da criança, assim como de processos (subconscientes ou inconscientes) utilizados pelos “pais alienantes”, combinados com a colaboração da criança, para denegrir o progenitor preterido ou mesmo odiado. Para o pai alienante, conseguir que a(s) criança(s) odeie(m) o outro progenitor é atingir a perfeição, a obra-prima da vingança possível. Estas atitudes têm o objectivo retirar ao progenitor ausente o convívio com os seus filhos, muitas vezes através da aparente recusa da criança em ver (ou estar com) o pai ausente. Trata-se de um processo subtil e perverso, nomeadamente a nível psicológico para a criança.

A figura da mãe tem a tendência de accionar automaticamente no inconsciente imagens de total dedicação, total interesse e puro amor, quando se trata dos filhos. Por vezes, as mães têm a ideia de que os filhos lhes pertencem e, se o pai é seu inimigo, ele também tem de ser inimigo natural dos seus filhos, pois o filho e ela são um só. E quem lhe fez mal a ela também fez mal ao seu filho, e vice-versa. Trata-se de uma relação fusional e sistemática aos seus olhos e todos os meios são pertinentes para afastar o mal do seu filho.

Em casos de divórcios litigiosos, os tribunais, atribuindo na esmagadora maioria das vezes as crianças à guarda e à responsabilidade da mãe, acentuam esta ideia, de que a mãe é sempre o melhor progenitor, do que o pai. Tal decisão ajuda a que no imaginário colectivo permaneça esta ideia de “mãe e criança” como uma unidade que deve permanecer pelo menos até à adolescência.

Estudos realizados por Wallerstein & Kelly (1980), Cummings (1986), Davies, Hyman, Alpert & Sheeber (1998) revelam que as crianças mais velhas têm mais dificuldade de adaptação às novas regras e tendem a viver conflitos em relação ao progenitor ausente, principalmente o pai, mesmo que não tenha sido o responsável pelo início da separação. No entanto, os problemas de adaptação mais significativos manifestam-se quando há um conflito prolongado no período de pré-separação dos pais (Emery, 1982; Emery, 1994; Doolittle & Deutch, 1999). Estes conflitos entre o casal provocam problemas de adaptação em crianças e adolescentes, tais como: agressividade, isolamento, ansiedade generalizada e depressão (Cummings, 1987; Davis e tal., 1998).

Em casos de separação traumática, o processo de separação/individuação é um processo doloroso e está presente numa depressão primária (Teresa Ferreira, 2002). Este processo consiste numa insuficiência narcísica do Eu, na fase de desenvolvimento da criança. A infância da criança perde a inocência e a despreocupação (Maria Saldanha Pinto Ribeiro, 2006).

Cada família reage ao processo de divórcio, de acordo com os seus valores e crenças, que não podem ser desconsiderados pelos profissionais da saúde mental, que devem encarar e interpretar cada família como um sistema autónomo específico. Estes devem intervir de forma transitória, tendo como objectivo, o seu desenvolvimento (Cárdenas, 1988; César-Ferreira, 1995; Roudinesco, 2003). Deve, também, ser tido em consideração, que a separação conjugal implica uma interrupção das rotinas familiares e uma conseqüente alteração para novas formas de vida (Kaslow & Schwartz, 1987); Peck & Manocherian, 1995). Neste sentido, os

filhos precisam consideravelmente dos pais durante o processo de separação e é exactamente neste período que tanto o pai como a mãe estão mais vulneráveis e frágeis, pois há uma perda a ser encarada. Os pais também experienciam um sentimento de perda, sentindo-se profundamente fracassados (César-Ferreira, 1995).

Outro factor que deve ser tido em consideração é que apenas 30% dos pais divorciados conseguem separar as funções conjugais das da educação e acompanhamento dos filhos (Kaslow, 1995), que pode proporcionar uma assistência adequada e eficaz às famílias que enfrentam a crise do divórcio ou da separação.

Apesar de se verificarem mais famílias monoparentais femininas, por vezes o pai também assume o papel de cuidador único. De acordo com Spitz (1980), quando a criança vive a ausência física da mãe, seja por doença, morte ou hospitalização, a criança necessita de alguém que se disponha a ser uma mãe substituta. A presença física da mãe é uma necessidade vital para a criança. Segundo este autor, as implicações no desenvolvimento da criança, causadas pela privação da mãe são classificadas de acordo com os sintomas apresentados e o período de ausência materna. Por outro lado, as crianças que perdem o pai em função de uma separação como progenitora, enfrentam uma profunda perda pessoal. Essa perda de amor, que pode ser potenciada porque a mãe divorciada sobrecarregada tem menos disponibilidade emocional, provoca grande impacto na auto-estima da criança e pode resultar em depressão infantil. Esta depressão pode manifestar-se através de diferentes sintomas comportamentais, podendo perdurar durante anos.

A depressão infantil ocorre em relação à perda de amor, percebida ou real, e consiste em dois receios principais: perder uma relação parental, que provoca na criança um auto-conceito negativo e a perda de iniciativa. A criança sente-se incompetente e incapaz, não querendo assumir novos desafios, comprometendo o seu desenvolvimento.

O principal sentimento que a criança experimenta é o de perda, perda de unidade familiar, perda de presença de um dos progenitores e perda de alguma segurança/confiança.

### **III. METODOLOGIA**

#### **A) Amostra**

A amostra é constituída por 48 participantes com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos, de ambos os sexos.

Como pode ser observado no Gráfico 1 e na Tabela 1 (Anexo C), foram comparados dois grupos: um composto por 24 crianças, de ambos os sexos, pertencentes a famílias monoparentais; e outro por 24 crianças, de ambos os sexos, pertencentes a famílias nucleares tradicionais, que residem com os dois progenitores. O primeiro grupo de participantes foi formado por crianças que reside apenas com um dos progenitores.

Os participantes dos dois grupos frequentam o 2.º Ciclo regular da Escola EB 2 3 das Olaias, uma escola pública nos arredores de Lisboa. O nível sócio económico destas famílias tende a ser médio-baixo.

A escolha da amostra é aleatória dentro da população caracterizada, tendo sido solicitada a devida autorização à escola.

#### **B) Procedimento**

Após contacto com a escola e apresentação dos objectivos do estudo a realizar, e esta se disponibilizar, procedeu-se à selecção aleatória dos dois grupos de trabalho com as características pretendidas, crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos.

O instrumento escolhido para este estudo foi o Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992), que foi aplicado de forma colectiva nas instalações da escola. No enunciado do teste aplicado foi solicitado que as crianças informassem com quem vivem, para posterior selecção e divisão dos dois grupos, conforme o tipo de família, monoparental ou nuclear tradicional, a que pertencem.

O CDI foi elaborado por Kovacs (2003), adaptado do Beck Depression Inventory para adultos traduzido e validado por Gonçalves & dias, 1999). O objectivo deste instrumento é detectar a

presença e severidade do transtorno depressivo na infância. Destina-se a identificar estes sintomas em crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos de idade.

Este inventário é composto por 27 itens, desenvolvido para avaliar a intensidade das manifestações depressivas das crianças. Cada item é composto por três opções de resposta, classificadas com um valor de 0, 1 ou 2, sendo que os valores mais elevados significam uma maior severidade dos sintomas. A criança deve escolher a opção que melhor descreve o seu estado, nos últimos tempos. O teste CDI pode ser aplicado individual ou colectivamente.

O conteúdo das perguntas é organizado por 5 categorias: 1 - relativas a sentimentos negativos, 2 - manifestação de problemas interpessoais, 3 - sentimentos de incompetência escolar, 4 - ausência de sentimentos de prazer e 5 - manifestação de baixa auto-estima.

A consistência interna descrita por Kovacs (1992) mostrou-se adequada, com alpha de Cronbach de 0,86.

### **C) Hipóteses**

- As crianças pertencentes a famílias monoparentais manifestam maiores sintomas depressivos do que as crianças que residem com os dois progenitores.

#### IV. RESULTADOS

Neste estudo, foram analisadas 48 crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos, de ambos os sexos de forma proporcional, que frequentam a Escola EB 2 3 das Olaias. Tendo em consideração o objectivo deste estudo, foi considerado fundamental a caracterização das crianças, pelo que nos questionários apresentados foram solicitados dados como o ano de escolaridade, a idade e com quem vivem, o que possibilitou a divisão da amostra em dois grupos, segundo o tipo de família a que pertencem, “família monoparental” e “família nuclear”. Assim, pela leitura do Gráfico 1 e Tabela 1 (Anexo C), podemos observar que, destas 48 crianças, 50% vivem em lares monoparentais e 50% vivem com os dois progenitores.

As famílias dos dois grupos de participantes pertencem a um nível sócio económico que tende a ser médio-baixo.

O questionário aplicado (Anexo B) teve em vista a obtenção da medida CDI (Children’s Depression Inventory). As crianças preencheram-no e avaliaram os seus sentimentos no que respeita a 27 itens, que foram tratadas, posteriormente, de forma a obter a medida pretendida (CDI) e, desta forma, ser possível determinar qual o índice de sintomas depressivos, em cada uma das perguntas, nos dois grupos de crianças.

O CDI apresentou características psicométricas bastante satisfatórias, apresentando elevada consistência interna. Podendo observar na Tabela 3 (Anexo C), que o valor Alpha de Cronbach obtido é de 0,86. Desta forma, os resultados de teste ao nível da consistência do questionário e dos dados obtidos é bastante fiável, permitindo que a análise que se segue tenha uma base sólida que permitirá obter resultados válidos. (Tabelas 2 e 3 do Anexo C).

Como se pode observar na Tabela 4 (Anexo C), cada uma das respostas às 27 perguntas do questionário foi depois classificada com um 0, 1 ou 2 onde o “0” significa ausência do sintoma depressivo, o “1” representa a manifestação moderada, não patológica, do sintoma depressivo e o “2” representa uma maior severidade da manifestação do sintoma depressivo.

Analisando os scores de cada pergunta, segundo o tipo de família a que pertencem, monoparental ou nuclear, na Tabela 5 (Anexo C) podemos verificar que o grupo de crianças que vive apenas com um dos progenitores obteve valores mais significativos ao nível das manifestações depressivas. Neste grupo verificaram-se 3 itens com uma média mais elevada de scores, as perguntas: 15, com um valor médio de 1,125 (Tabela 5 – Anexo C), sendo

referente às dificuldades perante as exigências escolares; 23, com um valor médio de 1,000 (Tabela 5 – Anexo C), que avalia a percepção das crianças relativa ao seu aproveitamento escolar; e 24, com um valor médio de 1,125 (Tabela 5 – Anexo C), referente à percepção das suas competências na comparação face aos outros meninos.

A pergunta 15 engloba as seguintes opções de resposta: “Tenho sempre que fazer um grande esforço para fazer os trabalhos da escola”, “Muitas vezes tenho que fazer um esforço para fazer os trabalhos da escola” e “Fazer os trabalhos da escola não é um grande problema”; a pergunta 23 apresenta como opções de resposta: “O meu aproveitamento escolar é bom”, “O meu aproveitamento escolar já foi melhor” e “Tenho mau aproveitamento escolar em disciplinas em que já fui bom(boa)”; e a pergunta 24 apresenta como opções de resposta: “Nunca consegui ser tão bom(boa) como os(as) outros(outras) meninos(meninas)”, “Se eu quiser, posso ser tão bom(boa) como os(as) outros(outras) meninos(meninas)” e “Sou tão bom(boa) como os(as) outros(outras) meninos(meninas)”.

As questões relacionadas com perturbações de sono e alimentares, apesar de não apresentarem valores indicativos de presença de depressão infantil, são também mais altos nas crianças que vivem com apenas um dos progenitores (valores médios de 0,916 e 0,875, respectivamente) do que nas outras crianças (valores médios de 0,333 e 0,291, respectivamente).

No grupo de crianças que vivem com os dois pais, não há nenhum item com uma média a ultrapassar o 1.

Analisando os resultados obtidos para cada uma das respostas, vemos que aquelas em que mais crianças dos dois grupos obtêm valores mais altos são as que dizem respeito às dificuldades relativamente às exigências escolares (pergunta 15), com um valor médio de 1,000 (Tabela 4 – Anexo C), e à percepção das suas competências na comparação face aos outros meninos e meninas (Pergunta 24), com um valor médio de 1,021 (Tabela 4 – Anexo C), não os discriminando. Como se pode verificar na Tabela 4 (Anexo C), as médias destas duas perguntas são bastante mais elevadas de um modo geral, nas crianças dos dois grupos e também se verificaram relevantes na análise de cada item no grupo de crianças pertencentes a famílias monoparentais (Tabela 5 – Anexo C).

Seguindo a metodologia do CDI, posteriormente foram somados todos os scores de cada indivíduo, obtendo assim a medida em questão (o CDI).

Como podemos verificar nas Tabelas 6 e 7 (Anexo C), a média do CDI, para o grupo do total de crianças é de 13,25 e o desvio padrão 7,4. São considerados com sintomas depressivos, os

jovens que apresentam um resultado a partir de um desvio-padrão acima da média ( $CDI=13,2+7,4=20,6$ ) e sem sintomas depressivos, aqueles que apresentam um resultado inferior a menos um desvio padrão da média ( $CDI=13,2-7,4=5,8$ ).

Analisando a Tabela 7 (Anexo C), podemos então constatar que existem, no total de crianças (dos dois grupos), cerca de 17% que apresentam sintomas depressivos e cerca de 21% sem quaisquer sintomas depressivos. As restantes 61% apresentam valores dentro dos considerados normais, não patológicos, relativamente a manifestações depressivas.

Fazendo agora uma análise por subgrupo por tipo de lar em que vivem, na Tabela 8 (Anexo C), podemos constatar que o CDI médio é, também, bastante mais elevado no grupo de crianças que vive num lar monoparental (16,33) do que as crianças que residem com os dois progenitores (10,17).

Segundo a Tabela 9 (Anexo C) e de acordo com a metodologia anterior, no grupo de crianças que vivem em lares monoparentais, há cerca de 13% que apresenta sintomas depressivos (CDI acima de  $16,3+5,9=22,2$ ) e apenas 8% que não apresenta quaisquer sintomas depressivos (CDI abaixo de  $16,3-5,9=10,4$ ). Cerca de 79% das crianças obteve valores considerados normais, não patológicos, relativamente a sintomas depressivos.

Também segundo a metodologia anterior (Tabelas 8 e 9 – Anexo C), no grupo de crianças que residem com ambos os pais, há cerca de 8% que apresenta sintomas depressivos (CDI acima de  $10,2+7,6=17,8$ ) e 17% que não apresenta quaisquer sintomas depressivos (CDI abaixo de  $10,2-7,6=2,6$ ). As restantes 75% apresentam valores dentro dos considerados normais, não patológicos, relativamente a manifestações depressivas.

Todas estas análises prévias, descritivas da amostra e dos resultados obtidos nos questionários que as crianças preencheram, levam-nos a pensar que poderá haver uma diferença entre os níveis de depressão das crianças que vivem em lares com os dois pais e das crianças que vivem apenas com um dos seus progenitores (Gráfico 3 – Anexo C).

Posteriormente, confirmou-se a validade desta hipótese, do ponto de vista estatístico.

Fez-se uma análise com uma tabela de contingência, dada a relativamente pequena dimensão da amostra.

A estatística de teste obtida, um Qui-Quadrado de Pearson com 19 graus de liberdade, foi 32,476 e o nível de significância (0,028) é menor do que 0,05. (Tabela 10 – Anexo C).

Isto significa que, para um nível de significância de 95%, a diferença entre o nível de manifestação de sintomas depressivos das crianças que vivem com os dois progenitores é

significativamente diferente do nível de manifestação destes sintomas das crianças que vivem apenas com um dos progenitores.

Desta forma, verifica-se a hipótese colocada no presente estudo. O tipo de família, monoparental ou nuclear, tem influência nos índices depressivos manifestados pelas crianças. Viver com os dois pais ou só com um deles não é indiferente e as crianças que vivem em lares monoparentais revelam mais sintomas do transtorno depressivo (o CDI é significativamente mais elevado) do que as crianças que vivem com os dois progenitores.

## V. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a ausência de um dos progenitores influencia a manifestação de sintomas depressivos nas crianças, verificando-se maior incidência desta patologia nas crianças que vivem em lares monoparentais do que as que vivem com os dois progenitores. Das crianças que vivem com apenas um dos progenitores, cerca de 13% manifestaram sintomas depressivos na escala aplicada e apenas 8% das crianças do mesmo grupo não apresentaram quaisquer sintomas. Por outro lado, apenas cerca de 8% das crianças inseridas em lares conjugais manifestaram sintomas depressivos e cerca de 17% pertencentes a este tipo de lar não apresentaram nenhum sintoma desta patologia, como se pode verificar nas tabelas 8 e 9 do anexo C.

Desta forma, pode verificar-se que a estrutura familiar poderá exercer funções cruciais e constituir um suporte fundamental para o desenvolvimento psicológico das crianças e para a sua saúde mental, servindo com fonte de identidade (Caplan, 1976). Podendo também permitir o fortalecimento do Ego, no domínio emocional e a formação da identidade da criança. As falhas na estrutura familiar poderão provocar a depressão. Segundo Winnicott (1971), as relações de afecto, o cuidado e comunicação partilhados permitem a estruturação do EU.

Podemos apontar algumas justificações para estes resultados. Segundo Romanelli (2003), a família nuclear tradicional mantém ainda a sua importância, também pelo seu significado simbólico em grande parte da população, nomeadamente na criança.

Por outro, nas famílias constituídas por apenas um progenitor, há uma responsabilidade acrescida e uma sobrecarga para o mesmo (Sá e Cunha, 1996), que se pode traduzir numa situação de baixo nível económico, baixo suporte social e altos níveis de stress (Golombok, 2000). Este contexto permite ao progenitor uma menor disponibilidade e capacidade de acompanhamento do(s) seu(s) filho(s), que se poderão reflectir na criança, através do desenvolvimento de problemas emocionais, baixos níveis de auto-estima, sintomas de ansiedade e de depressão, que são relevantes, principalmente quando comparadas com crianças pertencentes a famílias nucleares tradicionais.

Outro factor externo, que pode estar na origem na presença do transtorno depressivo nas crianças que residem com apenas um dos progenitores, poderá relacionar-se com o facto de esta situação ser originada por uma separação ou divórcio dos progenitores. Segundo James

Coyne (1985), a depressão surge, muitas vezes, associada ao stress e à desintegração das relações, sendo esta uma das mais frequentes.

Nos processos de separação ou divórcio dos progenitores, a criança vivencia uma perda de amor e um afastamento do objecto de amor, sendo este um ponto comum a todos os estados depressivos (Bégoin, 2000; Freud, Nacht e Racamier, 1959; e António Coimbra de Matos, 2001). A perda de amor do objecto é o estado comum da depressão, que é desencadeado pelo afastamento do objecto que o indivíduo sente que lhe é indispensável. Nestes casos, a criança tem a funcionalidade do objecto mas não tem o seu amor incondicional, que se pode traduzir em sentimentos de inferioridade, incapacidade de auto-estima (Freud, 1917). Teresa Ferreira também reforça esta ideia, referindo que a depressão infantil poderá causar perturbações no sentimento de auto-estima e de incapacidade.

Segundo Lima (2004) poderá identificar-se nas crianças o Transtorno de Ajustamento com Humor Depressivo, característico em situações de divórcio dos pais, afastamento ou mudança de casa, revelando uma inadaptação à nova situação. A abrupta mudança de rotina é bastante relevante.

Em grande parte das vezes, em casos de separação dos progenitores, o pai apresenta-se como o progenitor ausente, apesar de a sua presença assumir um papel determinante no desenvolvimento da criança. De acordo com Winnicott (1965/1971), o pai assume uma importância directa sobre o desenvolvimento dos seus filhos, fornecendo o suporte para as relações triangulares, e indirecta, através do apoio dado à mãe.

Nos vários estudos realizados para verificar o impacto de efeitos nocivos de condições desfavoráveis, nos filhos de famílias monoparentais ou em que houve divórcio verificou-se que esta situação é o resultado de um longo processo de deteioração e de sofrimento, em que a criança acaba por ser envolvida e colocada no centro de uma rede onde se cruzam múltiplas relações de vária ordem (Maria Saldanha Pinto Ribeiro, 2006). A Síndrome de Alienação Parental, definido pela autora, poderá surgir nestas situações, observando-se uma manipulação (consciente ou inconsciente) de um dos progenitores relativamente à criança, envolvendo-a num processo subtil e perverso a nível psicológico, para a criança. Em casos de separação traumática, o processo de separação/individuação é um processo doloroso e está presente numa depressão primária (Teresa Ferreira, 2002).

Os problemas de adaptação mais significativos são mais evidentes quando há um conflito prolongado no período de pré-separação dos pais (Emery, 1982; Emery, 1994; Doolittle & Deutch, 1999).

Assim, estes conflitos entre o casal provocam problemas de adaptação em crianças e adolescentes, tais como: agressividade, isolamento, ansiedade generalizada e depressão (Cummings, 1987; Davis e tal., 1998).

Podemos, desta forma confirmar a hipótese colocada inicialmente, caracterizando a família como um suporte todas as crianças precisam para o desenvolvimento do conhecimento adequado se si mesmo e o sentimento de confiança nas suas capacidades afectivas, físicas, cognitivas, éticas de inter-relação pessoal e de inserção social.

Neste sentido, o relacionamento satisfatório entre mãe e filho, protege a criança do desenvolvimento do transtorno depressivo, além de lhe permitir a elaboração das fases depressivas comum ao desenvolvimento e servir como base de segurança, confiança e afecto no seu relacionamento com os pais e posteriormente noutras relações. A predominância de experiências positivas e gratificantes para a criança, desde o nascimento podem ser consideradas como uma eficaz intervenção, proporcionando o bom desenvolvimento desta (Fichtner, 1997). Do ponto de vista da saúde mental, a família nuclear assume um papel fundamental, desde que dentro de um enquadramento de uma dinâmica familiar e social estáveis.

Apesar de estes resultados apontarem para a influência negativa do modelo familiar monoparental ao nível da depressão infantil, nos dois grupos de crianças as respostas dadas com valores mais altos foram as relativas às exigências escolares e em relação à percepção das suas competências. Neste sentido, no total 17% das crianças, dos dois grupos, apresentam manifestações de sintomas depressivos. Apesar de com menor incidência, o surgimento de manifestações depressivas em crianças pertencentes a famílias constituídas por os dois progenitores poderá relacionar-se com a presença de alguns factores no ambiente familiar nuclear que estão presentes regularmente nos casos de transtorno depressivo infantil (Poznanski et al, citado em Marcelli, 1998). Entre os quais se destacam: sentimento de frustração e culpa devido à dificuldade de acesso à mãe; pouco ou nenhum estímulo afectivo, verbal ou educativo dos progenitores; excessiva severidade dos pais em relação à educação da criança, favorecendo um superego rígido e impiedoso na criança. Para além destes factores, ausência dos pais e permanência de conflitos familiares podem também favorecer a

manifestação de sintomas depressivos, na criança (Fichtner, 1997; Marcelli, 1998). Nissen (1975) aponta com causa da depressão, os problemas familiares. Este facto poderá justificar os valores de sintomas depressivos apresentados nos dois grupos de crianças, na medida em que podem ser verificados tanto em famílias monoparentais, como em famílias nucleares.

Outro factor que poderá justificar estes resultados nos grupos, é a maior possibilidade de desenvolvimento de quadro depressivo em crianças cujos pais têm ou tiveram episódios de depressão (Kaufman, 2001).

Fichtner (1997) destaca outro tipo de estrutura familiar que pode influenciar negativamente o rendimento académico é as “famílias desorganizadas”, nas quais os pais são extremamente ausentes, direccionando a atenção apenas para actividades profissionais e sociais, em detrimento da satisfação das necessidades básicas dos filhos. Desta forma, não se estabelece um vínculo bem estabelecido, havendo pouca comunicação, ausência de limites e rotina familiar. Muitas das crianças inseridas nestes lares vivenciam sentimentos de abandono e de negligência, podendo, desta forma, manifestar-se também sintomas depressivos infantis.

A presença desta patologia em crianças pode apresentar-se através de diferentes formas: prejudica o seu desempenho escolar e social, comportamentos inadequados e violentos acompanhados de uma baixa tolerância à frustração. A criança apresenta dificuldade de concentração, para interiorizar e cumprir as regras (Miller, 2003).

No grupo de crianças pertencentes a famílias monoparentais, através dos resultados obtidos, observou-se que as respostas de índices depressivos mais elevados eram referentes ao aproveitamento escolar, dificuldade perante exigências escolares e insegurança quanto às suas competências.

De acordo com Teresa Ferreira (2002), a criança deprimida tem uma imagem distorcida de si própria, sentindo-se incapaz. A criança cresce, tendo por base, uma falha grave na sua auto-imagem. Todo o seu desenvolvimento é marcado pela insegurança, pelo medo, pela vivência antecipatória do falhar. As defesas mobilizadas por si podem ser de fuga à mentalização e de tendência a agir, ou de inibição, podendo traduzir-se num franco rendimento escolar, intelectual e social.

Freud (1917) também define a depressão infantil como uma incapacidade de auto-estima.

Na presença do transtorno depressivo infantil é possível observar-se sintomas de tristeza, ansiedade, baixo rendimento escolar e sentimento de incapacidade, mas também expectativa pessimista e mudanças de hábitos alimentares ou de sono. No que se refere às respostas dadas

às questões da escala aplicada, o CDI, relacionadas com estas três problemáticas, não apresentaram valores significativos. Verificámos apenas que nas crianças pertencentes a famílias monoparentais apresentaram valores mais altos nas perguntas relacionadas com o sono (com um valor médio de 0,916) e a alimentação (com um valor médio de 0,875), do que as outras crianças, que não apresentaram valores médios superiores a 0,5 (Tabela 5 – Anexo C).

Sendo que, em grande parte dos casos, as famílias monoparentais são o resultado de um processo de separação ou divórcio dos progenitores. Este e as suas consequências poderão constituir um facto para os resultados representativos de depressão infantil nas famílias monoparentais. De acordo com Campbell (1997), a família permite uma estrutura social e económica. Neste sentido, pertencendo, estas famílias, a um nível sócio-económico que tende a ser médio-baixo, estes factores poderão justificar os índices depressivos nas famílias monoparentais. Apesar de o grupo de famílias integradas pelos dois progenitores também se inserir neste nível sócio-económico, terão o suporte dos dois progenitores e as crianças não passaram por um processo de separação dos pais.

## VI. CONCLUSÃO

Com o aumento expressivo da preocupação com a saúde mental da criança, sendo o transtorno depressivo infantil considerado a causa de maior importância de problemas na infância, são referidas diferentes causas para a origem desta psicopatologia, como factores genéticos, orgânicos e ambientais, podendo, muitas vezes ser reflexo de falta de atenção, carinho e estrutura familiar.

Com a alteração do funcionamento e dinâmica nas famílias, verifica-se cada vez mais, um modelo de família recente na sociedade actual, as famílias monoparentais. Este conceito de família advém, na maioria das vezes, de uma separação ou divórcio dos progenitores. Esta separação tem impacto no casal e na criança, podendo comprometer o seu desenvolvimento e saúde mental.

Estudou-se se esta patologia se manifesta de forma mais expressiva nas famílias monoparentais do que em famílias nucleares tradicionais.

Verificámos que as crianças pertencentes a famílias monoparentais apresentaram mais manifestações depressivas do que as que vivem com os dois progenitores. Este resultado poderá relacionar-se com o facto de, esta, ser uma experiência vivenciada pela criança com sentimento de perda de amor, desencadeado pelo afastamento do objecto que o indivíduo sente que lhe é indispensável, tendo receio de perder o progenitor ausente e o seu amor.

A experiência descrita neste estudo deixa evidente que as teorias abordadas estão ainda incompletas, podendo-se levantar algumas novas questões, nomeadamente a investigação se se verificarão mais índices depressivos em famílias monoparentais femininas ou masculinas, e se estes índices se alteram conforme o género da criança, por identificação ao progenitor ausente.

Por outro lado, apesar das características psicométricas do instrumento de avaliação utilizado, o CDI, talvez fosse interessante ser aplicado complementarmente num processo de avaliação num contexto de entrevista clínica, visto poder apresentar algumas limitações por se tratar de um questionário de auto-aplicação. Seria também pertinente avaliar o nível sócio-económico das famílias e, no caso de famílias monoparentais, verificar se a causa foi a separação ou divórcio dos progenitores e de que forma ocorreu este processo, contribuindo para uma intervenção precoce e adequada ao nível da depressão infantil.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, K.** (1911), “*Notes on the Psycho-Analytical Investigation an Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions*”, in J. COYNE (Ed.), *Essential Papers on Depression*, Nova Iorque, New York University Press;
- ALARCÃO, M.** (2002), “*(Des)Equilíbrios Familiares*”, Coimbra, Ed. Quarteto;
- BÉGOIN, J.** (2000), “*A adolescência: descoberta e interpretação da identidade sexual*”, *Revista de Psicanálise*, 20;
- BERGER, M.** (1997), “*A criança e o sofrimento da separação*” (2ª ed.), Lisboa, Climepsi Ed. 2003;
- BERNS, R.M.** (1994), “*O Desenvolvimento da criança*”, São Paulo, Ed. Loyola 2002;
- BOWLBY, J.** (1960), “*Process of mourning*”, in W. GAYLIN (Ed.), *Psychodynamic Understanding of Depression*, New Jersey, Jason Aronson;
- BLOOM, B.L.; ASHER, S.J & WHITE, S.W.** (1978), “*Marital disruption as a stressor: a review and analysis*”, *Psychological Bulletin*, Washington, n. 85;
- CÂMARA, P.** (2005), “*Depressão na Infância e Relações Objectais*”, Lisboa, Climepsi Ed.;
- CAMPBELL, S.B.** (1986), “*Developmental issues*”, in R. Gittelman (Ed.), *Anxiety disorders of childhood*, New York, Guilford Press;
- CAMPBELL, S. B.** (1997), “*Behavior problems in preschool children: Developmental and family issues*”, in T. H. Ollendick and R. J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol 19), New York, Plenum Press;
- CAPLAN, G.** (1976), “*The family as a support system*”, in G. Caplan & M. Killilia (Eds.), *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*, New York, Grune & Stratton;
- CÁRDENAS, E.J.** (1988), “*Câmbios y riesgos em las famílias: como pueden actuar los tribunales?*”, *Revista de Prevención, Salud y Sociedad*, Buenos Aires, ano 1, n. 1;
- CÉZAR-FERREIRA, V.A.M.** (1995), “*Da pertinência da interdisciplinaridade nas questões de família*”, *Revista Direito de Família e Ciências Humanas*, São Paulo;
- COHEN, J. & COHEN, P.** (1983), “*Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*” (2nd ed.), Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum;

- COIMBRA de MATOS, A.** (1996), *“A depressão na Infância e na Adolescência”*, Climepsi Ed.;
- COIMBRA de MATOS, A.** (2001), *“A Depressão”*, Lisboa, Climepsi Ed.;
- COSTA, E** (1994 ), *“Divórcio, Monoparentalidade e Recasamento”*, Porto, Ed. Asa;
- COYNE, J.** (1985), *“Essential Papers on Depression”*, Nova Iorque, New York University Press;
- CUMMINGS, J.A.** (1986), *“Projective drawings”*, in H.M. Knoff (Ed.), *The assessment of child and adolescent personality*, New York, Guilford Press;
- CUMMINGS, E.M.** (1987), *“Coping with background anger in early childhood”*, Child Development, 58;
- DAVIES, B.; HYMAN, H.; ALPERT, A & SHEEBER, L.** (1998), *“Child response to parental conflict and their effect on adjustment: a study of triadic relations”*, Journal of Family Psychology, Washington, v.12, n.º 2;
- DOOLITTLE, D. & DEUTSCH, R.** (1999) *“Children and high-conflict divorce: theory, research, and intervention”*, in GALATZER-LEVY, R. M.; KRAUS, L. (Eds), *The scientific basis of child custody decisions*, Oxford, Oxford University Press;
- EMERY, R.E.** (1982), *“Interparental conflict and the children of discord and divorce”*, Washington D.C., Psychological Bulletin;
- EMERY, R.E.** (1994), *“Renegotiating Family relationships: Divorce, child custody, and mediation”*, New York, Guilford Press;
- FERREIRA, T.** (2002), *“Em Defesa da Criança: Teoria e prática Psicanalítica da Infância”*, Lisboa, Assírio e Alvim;
- FICHTNER, N.** (1997), *“Transtornos depressivos na infância”*, in Fichtner, N., editor, *Transtornos mentais da infância e da adolescência*, Porto Alegre, Artes Médicas;
- FLORSHEIM, P., TOLAN, P., & GORMAN-SMITH, D.** (1998), *“Family relationships, parenting practices, the availability of male family members, and the behavior of inner-city boys in single-mother and two-parent families”*, Child Development, 69;
- GILBERT, P.** (1948), *“Depression: from Psychology to Brain State”*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum;
- GILLIGAN, C.** (1993), *“In a different voice”*, Cambridge, Harvard University Press;
- GLADSTONE, T.R.G.** (2008), *“Depression and attributions in children and adolescents: a meta-analytic review”*, Journal of Abnormal Child Psychology”, FindArticles.com;

- GOLOMBOK, S.** (2000), *“Parenting: What Really Counts?”*, London, Routledge;
- GOMES, A.J.S.** (2004), *“O Pai Contemporâneo: desconstrução e (re)construção da paternidade”*, in *I Jornada: Refletindo famílias*, Bauru;
- GRILLO, E. & SILVA, R.J.M.** (2004), *“Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente”*, *Jornal de Pediatria*, 80;
- GRZYBOWSKI, L.** (2002), *“Famílias Monoparentais – Mulheres Divorciadas Chefes de Família em Cena – Tramas, Dramas e Transformações”*, Rio de Janeiro, Ed. Vozes;
- GONÇALVES, M. & DIAS, P.** (1999), *“Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2; CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa”*, in A. P. Soares, S. Araújo & S. Cáires (Orgs.). *Avaliação psicológica: formas e contextos*, Braga: APPORT;
- HALPERN, R. & FIGUEIRAS, A.C.M.** (2004), *“Influências ambientais na saúde mental da criança”*, *Jornal de Pediatria*, 80;
- HART, A.D.** (1996), *“Ajudando os filhos a sobreviverem ao divórcio”*, São Paulo, Ed. Mundo Cristão 1998;
- HECK, K.E., & PARKER, J.D.** (2002), *“Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children”*, *Health Services Research*;
- JOHNSTON, J.R. & CAMPBELL, L.E.** (1988), *“Impasses of Divorce: The Dynamics and Resolution of Family Conflict”*, New York, NY, The Free Press;
- KASLOW, F.W.** (1995), *“The dynamics of divorce therapy”*, in R.H. Mikesell, D.D. Lusterman & S.H. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychotherapy and systems therapy*, Washington D.C., American Psychological Association;
- KASLOW, F.W. & SCHWARTZ, L.L.** (1987), *“Dynamics of divorce: A life cycle perspective”*, Philadelphia, Brunner-Routledge;
- KAUFMAN, M.** (2001), *“Overcoming Teen Depression: A Guide for Parents”*, Buffalo, NY, Firefly;
- KOVACS, M.** (1992), *“The Children’s Depression Inventory”*, New York: Multi-Health Systems;
- KOVACS, M.** (2003), *“Children’s Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update”*, Toronto, Multhi-Health Systems Inc;
- LIMA, D.** (2004), *“Depressão e doença bipolar na infância e adolescência”*, *Jornal de Pediatria*, 80;

- MAHLER, M.; PINE, F. & BERGMAN, A.** (1963-1977), “*O nascimento psicológico da criança – Simbiose e individualização*”, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.;
- MARCELLI, D.** (1998), “*Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*”, 5ª ed., Porto Alegre: ArtMed;
- MILLER, J.A.** (2003), “*O livro de referência para a depressão infantil*”, São Paulo, M. Books;
- MIOTO, R.** (1997) “*Família e Serviço Social – contribuições para o debate*”, in *Serviço Social e Sociedade – Mínimos Sociais e Exclusão Social*, nº 55, ano XVIII, Ed. Cortez;
- NACHT, S. & RACAMIER, P.C.** (1959), “*Les états dépressifs: étude psychanalytique*”, *Revue Française de Psychanalytique*, XXIII, 5;
- NISSSEN, G.** (1973), “*La Dépression Masquée chez L'enfant et L'adolescent*”, in KIELHOLZ, P.: *La Dépression Masquée (symposium international)*, St. Moritz, Masson, Paris;
- PARKE, R.D.** (1996), “*Fathers involvement: infancy and beyond*”, in R. D. Parke (Org.), *Fatherhood: myths and realities*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press;
- PECK, J.S. & MANOCHERIAN, J.** (1995), “*O divórcio nas mudanças do ciclo de vida familiar*”, in CARTER, B. & MCGOLDRICK, M. (org.), *As mudanças no ciclo de vida familiar*, Porto Alegre, Artes Médicas;
- POZNANSKI, E. & ZRULL, J.P.** (1970), “*Childhood Depression: Clinical Characteristics of Overtly Depressed Children*”, in *Archives of General Psychiatry*;
- RIBEIRO, M<sup>a</sup>. S.** (2007), “*Amor de Pai*”, Lisboa, Publicações Dom Quixote Ed.;
- ROMANELLI, G.** (2003) “*Autoridade e Poder na Família*”, in CARVALHO, M.B.de (org), *A Família Contemporânea em Debate*, 5ª edição, São Paulo, EDUC / Cortez;
- ROUDINESCO, E.** (2003), “*A família em desordem*”, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.;
- SÁ e CUNHA, M.J.** (1996), “*Abandono e Adopção. O Nascimento das famílias*”, Coimbra, Ed. Almedina;
- SPITZ, R.A.** (1946), “*Anaclitic depression*”, in W. Gaylin (ed.), *Psychodynamic Understanding of Depression*, New Jersey, Jason Aronson;
- SPITZ, R.A.** (1980), “*O primeiro ano de vida*”, São Paulo, Martins Fontes;
- STERN, D.** (1997), “*The first relationship: Infant and mother*”, Cambridge, MA, Harvard University Press;

- TEYBER, E.** (1992), *“Ajudando as crianças a conviver com o divórcio”*, São Paulo, Ed. Nobel 1995;
- TOLSON, T.F.J. & WILSON, M.N.** (1990), *“The impact of two and three-generation black family structure on perceived family climate”*, Child Development;
- VICENTE, L.** (1999), *“A depressão na criança”*, Tese de Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental, apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa;
- WAGNER, A.** (2002), *“Possibilidades e potencialidades da família: a construção de novos arranjos a partir do recasamento”*, in A. Wagner (Org.), *Família em cena: tramas, dramas e transformação*, Petrópolis, Ed. Vozes;
- WALLERSTEIN, J.S.** (1991), *“The long-term effects of divorce on children: A review”*, Washington D.C., Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry;
- WALLERSTEIN, J.S. & KELLY, J.B.** (1980), *“Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce”*, New York, Basic Books;
- WEINRAUB, M. & WOLF, B.** (1987), *“Stressful life events, social supports, and parent-child interactions: Similarities and differences in single and two-parent families”*, in Z. Boukydis (Ed.), *Research on support for parents and infants in the postnatal period*, New Jersey, Ablex Press;
- WILSON, M.N.** (1986), *“The black extended family: an analytical consideration”*, Developmental Psychology;
- WINNICOTT, D.W.** (1971), *“E o pai?”*, In D. W. Winnicott (Org.), *A criança e o seu mundo* (2ª ed.), Rio de Janeiro, Ed. Zahar, (Original publicado em 1965);
- WINNICOTT, D.W.** (1990), *“Natureza Humana”*, Rio de Janeiro, Ed. Imago;

Site da *Global Medic*: [http://www.globalmedic.com.br/saude/infantil/ass\\_depre\\_inf.htm](http://www.globalmedic.com.br/saude/infantil/ass_depre_inf.htm) ;

Site do Projecto, *Manual de Medicina Geral e Familiar (MGF2000)*, Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral: <http://pwp.netcabo.pt/jarsimoes/MGFV001MASTER/mgf2000.html> (Geral), [http://pwp.netcabo.pt/jarsimoes/MGFV001MASTER/indices/iii\\_31\\_indice.html](http://pwp.netcabo.pt/jarsimoes/MGFV001MASTER/indices/iii_31_indice.html) (Ambiente Familiar);

**VIII. ANEXOS**

**ANEXO A**  
**Carta de Consentimento**



## CARTA DE CONSENTIMENTO

No âmbito de um estudo de Mestrado em Psicologia Clínica, cujo objectivo é avaliar a índices de depressão em crianças pertencentes a famílias monoparentais, comparando-as com as crianças pertencentes a famílias nucleares, autorizo a participação de 48 crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos pertencentes à Escola EB 2 3 das Olaias, em que 24 crianças vivem com os dois progenitores e outras 24 residem com apenas um deles, só com o pai ou com a mãe. Todas estas crianças pertencem a um nível sócio económico médio-baixo da zona da Grande Lisboa.

Para esta avaliação será aplicada um inventário de depressão infantil, Children's Depression Inventory (CDI) de Kovacs, com 27 itens dirigidos às crianças. A aplicação da escala será colectiva, em turmas com cerca de 30 crianças cada. Durante este estudo, que é voluntário, posso decidir se quero continuar ou se pretendo desistir, sem qualquer constrangimento para mim e sem afectar a minha relação com a entidade escolar em que me insiro. Será garantida confidencialidade e anonimato dos dados.

A referida participação irá ajudar na investigação do desenvolvimento das crianças e contribuir para uma maior sensibilização dos elementos educativos para a importância de aspectos característicos e psíquicos que influenciam a vida psíquica de gerações.

Os resultados do estudo serão publicados na dissertação da tese de mestrado de uma aluna de psicologia clínica, no ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Sendo garantido o anonimato do participante.

Aceito as condições referidas para o estudo e declaro não ter qualquer dúvida sobre o estudo, sendo que, no decorrer do mesmo, \*

se surgir qualquer questão a mesma será respondida. Assino e terei direito a uma cópia deste consentimento.

Responsável Alvaro Soares Data \_\_\_\_\_  
Investigador \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\*

\* Digitalização do documento original

**ANEXO B**

**Escala CDI (*Children's Depression Inventory*)**



Nome: \_\_\_\_\_  
 Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de Aplicação: \_\_\_\_\_  
 Com quem vives? Mãe \_\_\_ Pai \_\_\_ Outros \_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

CDI: M. Kovacs, 1982

**Instruções:** As crianças e os adolescentes têm diversas ideias e sentimentos. Este questionário assinala as ideias e os sentimentos em grupos. De cada grupo, escolhe uma frase que melhor te descreve durante as últimas duas semanas. Só depois de teres escolhido uma frase do primeiro grupo é que avanças para o grupo seguinte.

Não há respostas certas ou erradas, escolhe apenas a frase que melhor te descreve. Faz uma cruz (X) no quadrado que corresponde à frase que escolheste.

Tens em baixo um exemplo para aprender a preencher o questionário, coloca a cruz na frase que melhor te descreve.

- Exemplo:  Estou sempre a ler livros  
 Leio livros de vez em quando  
 Nunca leio livros

Lembra-te, escolhe a frase que melhor descreve os teus sentimentos e ideias nas últimas duas semanas.

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

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

- 
3.  Faço a maior parte das coisas bem  
 Faço muitas coisas mal  
 Faço tudo mal
-

- 
4.  Tenho alegria em muitas coisas  
 Tenho alegria em algumas coisas  
 Nada me dá alegria
- 

5.  Sou sempre mau(má)  
 Sou mau(má) muitas vezes  
 Sou mau(má) de vez em quando
- 

6.  Penso nas coisas más que me acontecem de vez em quando  
 Preocupo-me com as coisas más que me vão acontecer  
 Tenho a certeza que me vão suceder coisas más
- 

7.  Odeio-me  
 Não gosto de mim  
 Gosto de mim
- 

8.  Todas as coisas más acontecem por minha culpa  
 Muitas coisas más acontecem por minha culpa  
 As coisas más que acontecem não são habitualmente por minha culpa
- 

9.  Não penso em me matar  
 Penso em me matar, mas não o faço  
 Quero me matar
- 

10.  Todos os dias tenho vontade de chorar  
 Muitos dias tenho vontade de chorar  
 De vez em quando tenho vontade de chorar
- 

11.  Estou sempre preocupado(a)  
 Preocupo-me muitas vezes  
 De vez em quando preocupo-me
-

- 
12.  Gosto de estar com pessoas  
 Algumas vezes não gosto de estar com pessoas  
 Nunca quero estar com pessoas
- 
13.  Não consigo tomar decisões  
 É difícil tomar decisões  
 Tomo decisões facilmente
- 
14.  Gosto do meu aspecto  
 Há coisas no meu aspecto que não gosto  
 Eu sou feio(a)
- 
15.  Tenho sempre que fazer um grande esforço para fazer os trabalhos da escola  
 Muitas vezes tenho que fazer um esforço para fazer os trabalhos da escola  
 Fazer os trabalhos da escola não é um grande problema
- 
16.  Custa-me a adormecer todas as noites  
 Muitas noites tenho dificuldade em adormecer  
 Durmo muito bem
- 
17.  Sinto-me cansado(a) de vez em quando  
 Sinto-me cansado(a) muitas vezes  
 Sinto-me sempre cansado(a)
- 
18.  Quase todos os dias tenho dificuldade em comer  
 Muitos dias tenho dificuldade em comer  
 Como muito bem
- 
19.  Não me preocupo com dores  
 Preocupo-me muitas vezes com dores  
 Ando sempre preocupado com dores
-

- 
20.  Não me sinto só  
 Sinto-me só muitas vezes  
 Sinto-me sempre só
- 
21.  Nunca me divirto na escola  
 Na escola divirto-me de vez em quando  
 Na escola divirto-me muitas vezes
- 
22.  Tenho muitos amigos(as)  
 Tenho alguns(algumas) amigos(as) mas gostava de ter mais  
 Não tenho amigos(as)
- 
23.  O meu aproveitamento escolar é bom  
 O meu aproveitamento escolar já foi melhor  
 Tenho mau aproveitamento escolar em disciplinas em que já fui bom (boa)
- 
24.  Nunca consegui ser tão bom(boa) como os(as) outros(outras) meninos(meninas)  
 Se eu quiser, posso ser tão bom(boa) como os(as) outros(outras) meninos (meninas)  
 Sou tão bom (boa) com os (as) outros (outras) meninos (meninas)
- 
25.  Ninguém gosta de mim  
 Não tenho a certeza de alguém gostar de mim  
 Tenho a certeza que há pessoas que gostam de mim
- 
26.  Habitualmente faço o que me dizem  
 Na maioria das vezes não faço o que me dizem  
 Nunca faço o que me dizem
- 
27.  Dou-me bem com os outros  
 Ando muitas vezes em brigas  
 Ando quase sempre em brigas
-





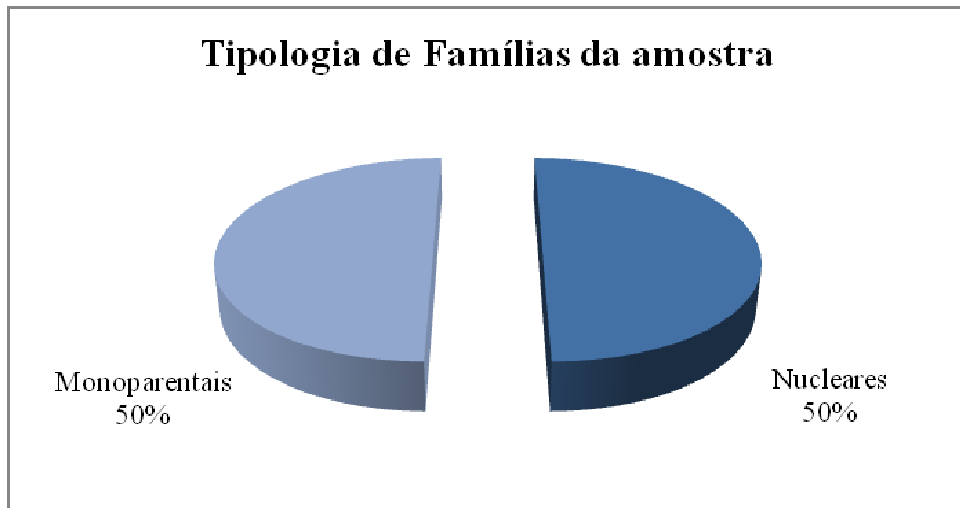


Gráfico 1

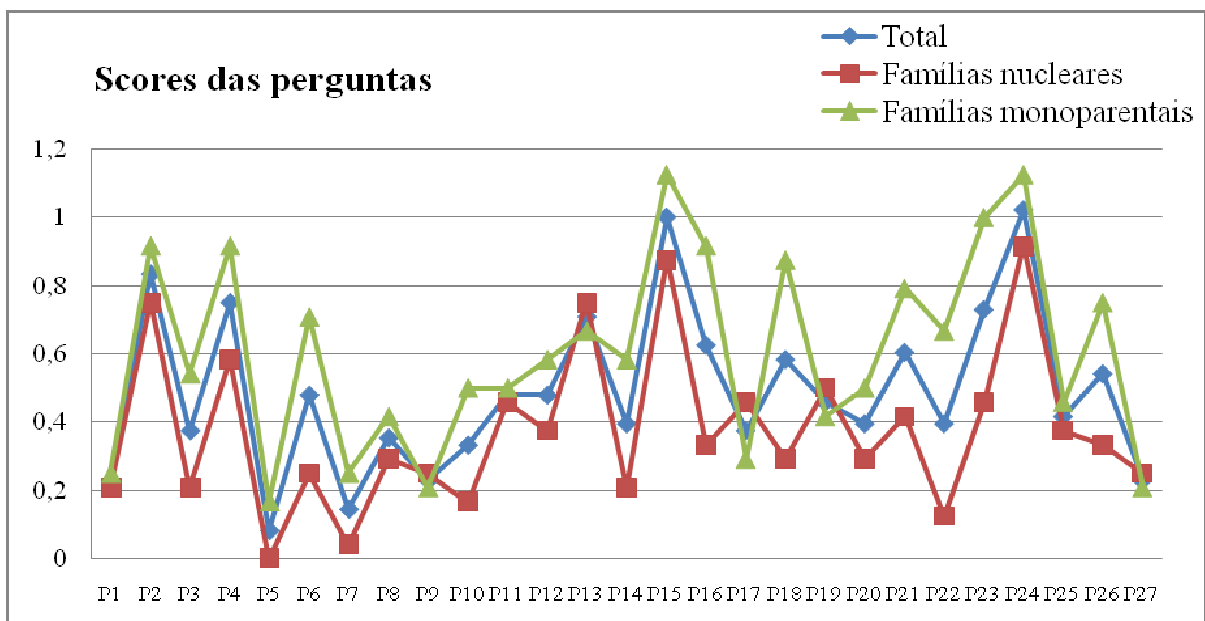


Gráfico 2

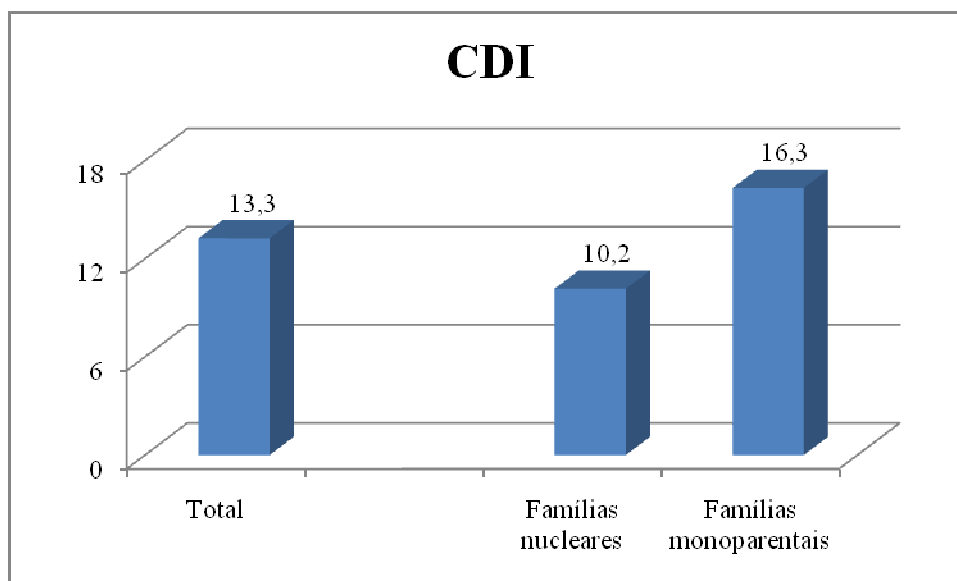


Gráfico 3

### Tipologia de Família da amostra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Famílias nucleares	24	50,0	50,0	50,0
	Famílias monoparentais	24	50,0	50,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Tabela 1

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	48	100,0
	Excluded(a)	0	0,0
	Total	48	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Tabela 2

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,863	27

Tabela 3

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
P1	48	,00	2,00	0,2292	0,47219
P2	48	,00	2,00	0,8333	0,51914
P3	48	,00	2,00	0,3750	0,53096
P4	48	,00	2,00	0,7500	0,52592
P5	48	,00	1,00	0,0833	0,27931
P6	48	,00	2,00	0,4792	0,61849
P7	48	,00	1,00	0,1458	0,35667
P8	48	,00	1,00	0,3542	0,48332
P9	48	,00	2,00	0,2292	0,55504
P10	48	,00	2,00	0,3333	0,55862
P11	48	,00	2,00	0,4792	0,65199
P12	48	,00	2,00	0,4792	0,58308
P13	48	,00	2,00	0,7083	0,65097
P14	48	,00	2,00	0,3958	0,64378
P15	48	,00	2,00	1,0000	0,68417
P16	48	,00	2,00	0,6250	0,76144
P17	48	,00	2,00	0,3750	0,63998
P18	48	,00	2,00	0,5833	0,73899
P19	48	,00	2,00	0,4583	0,58194
P20	48	,00	2,00	0,3958	0,64378
P21	48	,00	2,00	0,6042	0,57388
P22	48	,00	1,00	0,3958	0,49420
P23	48	,00	2,00	0,7292	0,67602
P24	48	,00	2,00	1,0208	0,66811
P25	48	,00	1,00	0,4167	0,49822
P26	48	,00	2,00	0,5417	0,58194
P27	48	,00	2,00	0,2292	0,55504
Valid N (listwise)	48				

Tabela 4

### Descriptive Statistics

Tipologia de Família		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Famílias nucleares	P1	24	0	2	0,208333333	0,508977378
	P2	24	0	2	0,75	0,607918759
	P3	24	0	1	0,208333333	0,414851117
	P4	24	0	2	0,583333333	0,583592075
	P5	24	0	0	0	0
	P6	24	0	1	0,25	0,442325868
	P7	24	0	1	0,041666667	0,204124145
	P8	24	0	1	0,291666667	0,464305621
	P9	24	0	2	0,25	0,531609533
	P10	24	0	2	0,166666667	0,481543412
	P11	24	0	2	0,458333333	0,721060009
	P12	24	0	2	0,375	0,575779245
	P13	24	0	2	0,75	0,737209781
	P14	24	0	2	0,208333333	0,508977378
	P15	24	0	2	0,875	0,679673835
	P16	24	0	2	0,333333333	0,637022057
	P17	24	0	2	0,458333333	0,721060009
	P18	24	0	2	0,291666667	0,624093546
	P19	24	0	2	0,5	0,589767825
	P20	24	0	2	0,291666667	0,624093546
	P21	24	0	1	0,416666667	0,503610155
	P22	24	0	1	0,125	0,337831962
	P23	24	0	2	0,458333333	0,588229966
	P24	24	0	2	0,916666667	0,653862548
	P25	24	0	1	0,375	0,494535355
	P26	24	0	1	0,333333333	0,481543412
	P27	24	0	2	0,25	0,607918759
	Valid N (listwise)	24				
Famílias monoparentais	P1	24	0	1	0,25	0,442325868
	P2	24	0	2	0,916666667	0,40824829
	P3	24	0	2	0,541666667	0,588229966
	P4	24	0	2	0,916666667	0,40824829
	P5	24	0	1	0,166666667	0,380693494
	P6	24	0	2	0,708333333	0,690253052
	P7	24	0	1	0,25	0,442325868
	P8	24	0	1	0,416666667	0,503610155
	P9	24	0	2	0,208333333	0,588229966
	P10	24	0	2	0,5	0,589767825
	P11	24	0	2	0,5	0,589767825
	P12	24	0	2	0,583333333	0,583592075
	P13	24	0	2	0,666666667	0,564659703
	P14	24	0	2	0,583333333	0,717281502
	P15	24	0	2	1,125	0,679673835
	P16	24	0	2	0,916666667	0,775531608
	P17	24	0	2	0,291666667	0,550032937
	P18	24	0	2	0,875	0,74088666
	P19	24	0	2	0,416666667	0,583592075
	P20	24	0	2	0,5	0,659380473
	P21	24	0	2	0,791666667	0,588229966
	P22	24	0	1	0,666666667	0,481543412
	P23	24	0	2	1	0,659380473
	P24	24	0	2	1,125	0,679673835
	P25	24	0	1	0,458333333	0,508977378
	P26	24	0	2	0,75	0,607918759
	P27	24	0	2	0,208333333	0,508977378
	Valid N (listwise)	24				

Tabela 5

### Média e Desvio Padrão

N	Valid	48
	Missing	0
Mean		13,2500
Std. Deviation		7,37881

**Tabela 6**

### CDI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	1	2,1	2,1	2,1
	1,00	1	2,1	2,1	4,2
	2,00	2	4,2	4,2	8,3
	5,00	6	12,5	12,5	20,8
	6,00	1	2,1	2,1	22,9
	8,00	1	2,1	2,1	25,0
	9,00	1	2,1	2,1	27,1
	10,00	4	8,3	8,3	35,4
	11,00	3	6,3	6,3	41,7
	12,00	1	2,1	2,1	43,8
	13,00	7	14,6	14,6	58,3
	14,00	2	4,2	4,2	62,5
	15,00	2	4,2	4,2	66,7
	17,00	4	8,3	8,3	75,0
	20,00	4	8,3	8,3	83,3
	21,00	3	6,3	6,3	89,6
	23,00	1	2,1	2,1	91,7
	24,00	2	4,2	4,2	95,8
	27,00	1	2,1	2,1	97,9
	35,00	1	2,1	2,1	100,0
Total		48	100,0	100,0	

**Tabela 7**

### Statistics

#### CDI

Famílias nucleares	N	Valid	24
		Missing	0
	Mean		10,1667
	Std. Deviation		7,55079
Famílias monoparentais	N	Valid	24
		Missing	0
	Mean		16,3333
	Std. Deviation		5,86565

**Tabela 8**

#### CDI

Tipologia de Família			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Famílias nucleares	Valid	0,00	1	4,2	4,2	4,2
		1,00	1	4,2	4,2	8,3
		2,00	2	8,3	8,3	16,7
		5,00	6	25,0	25,0	41,7
		6,00	1	4,2	4,2	45,8
		9,00	1	4,2	4,2	50,0
		10,00	3	12,5	12,5	62,5
		13,00	4	16,7	16,7	79,2
		20,00	1	4,2	4,2	83,3
		21,00	2	8,3	8,3	91,7
		23,00	1	4,2	4,2	95,8
		27,00	1	4,2	4,2	100,0
		Total		24	100,0	100,0
Famílias monoparentais	Valid	8,00	1	4,2	4,2	4,2
		10,00	1	4,2	4,2	8,3
		11,00	3	12,5	12,5	20,8
		12,00	1	4,2	4,2	25,0
		13,00	3	12,5	12,5	37,5
		14,00	2	8,3	8,3	45,8
		15,00	2	8,3	8,3	54,2
		17,00	4	16,7	16,7	70,8
		20,00	3	12,5	12,5	83,3
		21,00	1	4,2	4,2	87,5
		24,00	2	8,3	8,3	95,8
		35,00	1	4,2	4,2	100,0
		Total		24	100,0	100,0

**Tabela 9**

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,476	19	0,028
Likelihood Ratio	44,165	19	0,001
Linear-by-Linear Association	8,381	1	0,004
N of Valid Cases	48		

a. 40 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

**Tabela 10**