

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira**

TRAJETÓRIA DE RISCO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.

A convivência com a violência como gatilho para a depressão.

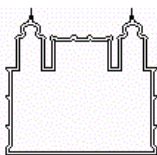
Joviana Quintes Avanci

Rio de Janeiro, 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**TRAJETÓRIA DE RISCO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.
A convivência com a violência como gatilho para a depressão.**

Joviana Quintes Avanci

Tese apresentada para a obtenção do título de
Doutor em Saúde da Criança e da Mulher.
Área de Concentração Saúde Pública

Orientadora: Dra. Simone Gonçalves de Assis

Rio de Janeiro, 2008

Ficha catalográfica

Às crianças e adolescentes que fazem da tristeza
a marca de suas vidas

Agradecimentos

À amiga e orientadora Simone, que me conhecendo muito jovem, se tornou a pessoa que mais contribuiu para o meu crescimento, orientando em alguns caminhos, sugerindo outros e me fazendo uma pessoa melhor. Sem contar com o seu afeto, competência e dedicação de sempre!

À Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher – direção, professores e técnicos – por me fornecer os meios necessário à produção científica qualificada.

A CAPES que me apoiou no estudo aqui no Brasil e também nos quatro meses que estive na Universidade de Cambridge, experiência que muito contribuiu para o meu amadurecimento intelectual e crescimento cultural.

Ao professor Dr. Ian Goodyer, Universidade de Cambridge, que me aceitou em sua linha de trabalho e me possibilitou entrar em contato com o que existe de excelência hoje na área.

A toda equipe do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde/FIOCRUZ, pela amizade, alegria, disponibilidade e dedicação de todos. Com destaque, aos pesquisadores que participaram das duas pesquisas que deram origem a esse trabalho. Um especial agradecimento aos estatísticos, Raquel Carvalhaes e Thiago Pires, e toda equipe do exaustivo trabalho no campo de estudo.

À Secretaria de Educação de São Gonçalo, diretores e professores, por terem aberto seus locais de trabalho à execução desta pesquisa.

Às crianças, adolescentes, mães e outros participantes desta pesquisa, que dividiram conosco momentos de suas vidas e, na verdade, quem nos mostrou os caminhos para a conclusão deste trabalho.

À Maria Lúcia, que me ajuda a entender os caminhos e os sentimentos que venho percorrendo em minha vida, fortalecendo o meu afeto, a minha segurança e persistência.

Aos meus pais, Jorge e Dilvânia, e meu irmão, George, que sempre estiveram muito presentes em minha vida, me apoiando sempre com carinho e compreensão, mais ainda depois do nascimento de minha filha. O meu eterno obrigado!

À minha tia, Celma Dilmá, que desde a minha infância me ajuda a seguir em frente com confiança e equilíbrio, sempre disponível a ouvir e ajudar.

Ao meu amigo e companheiro, Márcio, que tem me compreendido e apoiado sempre.

À minha querida filha, Maria Clara, que, embora tão pequena, demonstra paciência e compreensão às minhas ausências e também muita sabedoria. Sua chegada trouxe muita luz à minha vida e muito me ajudou a entender o mundo infantil.

Resumo

Esta tese investiga o perfil sócio-epidemiológico de crianças e adolescentes escolares com sintomatologia depressiva, com destaque à compreensão da violência familiar como variável de risco. Baseia-se nos dados de duas pesquisas com desenho transversal desenvolvidas pelo CLAVES/FIOCRUZ em escolas do município de São Gonçalo no Estado do Rio de Janeiro. Como parte dos resultados, três artigos científicos foram produzidos. O *primeiro* investiga a associação entre o comportamento retraído/depressivo de crianças escolares e a presença/ausência dos diferentes tipos de violências (agressão verbal e violência física) vividas em casa, na escola e na comunidade. Baseia-se numa amostra de 479 alunos escolares entre 6-13 anos, estudantes da 1ª série do Ensino Fundamental de escolas públicas do município, 2005. O comportamento de retraimento/depressão (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) e outras vivências de situações de violência na família (CTS; Straus, 1979; Hasselmann & Reichenheim, 2003), na escola e na comunidade (Kahn et al., 1999) são investigadas. A análise de correspondência múltipla e a análise de *cluster* indicam que as diferentes vitimizações pela violência tendem a estar mais próximas do comportamento de retraimento/depressão a nível clínico e limítrofe, enquanto que a não vitimização das violências se aproxima desse comportamento a nível não-clínico. O *segundo artigo* busca identificar fatores psicossociais potencialmente de risco à depressão infantil, com destaque à violência familiar, utilizando a sub-escala de retraimento/depressão (Achenbach & Rescorla, 2001) e medidas psicossociais. Baseia-se num inquérito com mães de 464 crianças escolares entre 6-10 anos, estudantes da 1ª série do Ensino Fundamental de escolas públicas de São Gonçalo/RJ, 2005. Dez por cento das crianças são identificadas com problemas de retraimento/depressão. A análise de regressão hierárquica mostra que famílias constituídas por madrasta/padrasto (OR 2,30; 95% IC 1,10 to 5,26), o ruim ou regular relacionamento com o pai (OR 2,44; 95% IC 1-5,98), a violência marital (OR 2,63; 95% IC 1,17-5,95), a humilhação da criança pelos familiares (OR 4,88; 95% IC 1,60-14,88), a baixa auto-estima (OR 2,69; 95% IC 1,12-6,46) e os problemas externalizantes (OR 2,51; 95% IC 1,06-5,98) estão associados à depressão infantil. O *terceiro artigo* identifica fatores sócio-demográficos, familiares e individuais potencialmente de risco à sintomatologia depressiva em adolescentes escolares de São Gonçalo/RJ. Baseia-se num estudo transversal com 1.923 alunos das 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 1º e 2º ano do Ensino Médio de escolas públicas e privadas do município, 2004. Sintomatologia depressiva (Harding, 1980; Wagnild & Young, 1993) e outras medidas psicossociais são aferidas. Os resultados revelam que 10% dos adolescentes apresentam sintomatologia depressiva (SD). Meninas têm mais que o dobro de chance de apresentar SD do que os meninos (1,58-3,67 IC); vítimas de violência severa cometida pela mãe têm 6,49 mais chances (2,07-20,3 IC); adolescentes que vivenciaram separação dos pais têm 73% mais chances (1,16-2,57 IC); adolescentes com baixa auto-estima têm 6,43 mais chances; (2,63-15,68 IC) e aqueles que estão insatisfeitos com a vida têm 3,19 mais chances (2,08-4,89 IC) de apresentar sintomas de depressão. Ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas eficazes no atendimento infanto-juvenil, especialmente a nível preventivo, contemplando aspectos psicossociais estratégicos para cada faixa de desenvolvimento, com a formação de uma rede de tratamento, capaz de minimizar a vivência da depressão e de situações de violência.

Palavras-chave: depressão, violência, criança, adolescente.

Abstract

This thesis investigates the socio-epidemiological profile of schoolchildren and adolescents presenting with depressive symptoms, focusing on family violence as a risk factor. It is based on data from two cross-sectional investigations developed by CLAVES/FIOCRUZ in schools of the city of São Gonçalo, state of Rio de Janeiro. Three scientific articles were produced as part of the results. The *first* one investigates the associative relations between withdrawn/depressive behavior of schoolchildren and the presence/absence of violence (verbal aggression and physical violence) experienced at home, at school and in the community. This descriptive cross-sectional study is based on a sample of 479 schoolchildren between 6-13 years of age, attending the first grade in the public elementary schools of the city in 2005. Social-demographic data of children and families, withdrawn/depressive behavior (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), family violence (CTS; Straus, 1979, Hasselmann & Reichenheim, 2002) and school and community violence (Kahn et al., 1999) are investigated. Multivariate Correspondence Analysis and Cluster Analysis indicate that the different violence victimizations tend to be closer to clinical and borderline withdrawal/depressive behavior, whereas this behavior on non-clinical level is closer to non-victimization violence. The *second* article seeks to identify potential psychosocial risk factors for childhood depression, especially family violence, using withdrawal/depression subscale (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) and psychosocial measures. The study is based on interviews with caregivers of 464 schoolchildren between 6-10 years, attending the first grade of elementary school in public institutions in the city of São Gonçalo, state of Rio de Janeiro/Brazil. Ten percent of the children are identified with withdrawal/depression problems. Regression analyses shows that a family constituted by a step-parent (OR 2,30; 95% CI 1,10-5,26), bad or regular relationship with the father (OR 2,4; 95% CI 1-5,98), marital violence (OR 2,6; 95% CI 1,17-5,95), humiliation by relatives (OR 4,9; 95% CI 1,6-14,88), low self-esteem (OR 2,7; 95% CI 1,12-6,46) and externalizing behavior (OR 2,5; 95% CI 1,06-5,98) are associated with withdrawal/depression in childhood. The *third* article examines individual, social and family risk factors of depressive symptoms in adolescent students of São Gonçalo/Rio de Janeiro. This paper is based on a cross-sectional study carried out with 1923 students of the 7th and 8th semesters of primary education and the 1st and 2nd years of secondary education of public and private schools of the city of São Gonçalo, RJ/Brazil in 2004. Depressive symptoms are evaluated using SRQ-20 scale (Harding, 1980) and resilience scale (Wagnild & Young, 1993). Ten percent of adolescents present depressive symptoms (DS). Hierarchical logistic regression shows that girls have more than twice the chance of presenting these symptoms than boys (1,58-3,67 CI); adolescents whose parents separated have 73% more chance of having DS (1,16-2,57 CI); those victims of severe physical abuse by the mother have 6,49 more chance (2,07-20,30 CI); those with low self-esteem have 6.43 more chance (2,63-15,68 CI); and adolescents with life dissatisfaction have 3.19 more chance to develop DS (2,08-4,89 CI). These results reveal the urgent need for more efficient public health policies with regard to child and adolescent care, especially on a preventive level. Such policies should contemplate specific strategic psychosocial aspects of childhood and adolescence and include the establishment of an assistance network capable of minimizing the experience of depressive symptoms and situations of violence.

Key-words: depression, child, adolescent, violence.

Lista de quadros, figuras e tabelas

Quadros

Quadro 1: Estimativas de prevalência da depressão maior e/ou distímia em crianças e adolescentes em estudos comunitários brasileiros e internacionais.....	37
Quadro 2: População escolar e amostra obtida.....	79

Tabelas

Tabela 1: Características sócio-demográficas das crianças escolares segundo o comportamento limítrofe/clínico de retraimento/depressão e os tipos de violência. São Gonçalo/Rio de Janeiro(2005). (artigo 1).....	104
Table 1: Associations of Child Depression with Social-demographic and Individual Variables. (artigo 2).....	128
Table 2: Associations of Withdrawn Behavior/Depression in Children with Family Variables. (artigo 2).....	129
Table 3: Hierarchical Logistic Regression - Variables predicting Withdrawn Behavior/Depression in Children. (artigo 2).....	131
Tabela 1: Descrição das variáveis familiares utilizadas no estudo, Rio de Janeiro/Brasil, 2003. (artigo 3).....	151
Tabela 2: Estimativas de Prevalência das Variáveis Sócio-Demográficas de Adolescentes com Sintomatologia Depressiva de um município do Rio de Janeiro/Brasil, 2003. (artigo 3).....	154
Tabela 3: Estimativas de Prevalência das variáveis Familiares dos adolescentes com Sintomas Depressivos de um Município do Rio de Janeiro /Brasil, 2003. (artigo 3).....	155
Tabela 4: Estimativas de Prevalência das Variáveis Individuais de Adolescentes com Sintomas Depressivos de um município do Rio de Janeiro/Brasil, 2003. (artigo 3).....	156
Tabela 5: Modelo logístico Multivariado Explicativo da Presença de Sintomas Depressivos em Adolescentes de um Município do Rio de Janeiro /Brasil, 2003. (artigo 3).....	157

Gráficos

Gráfico 1: Plotagem das duas dimensões da ACM para a presença ou não da vitimização pelas violências (67% da inércia). São Gonçalo/Rio de Janeiro, 2005 (n=479).....	105
Gráfico 2: Plotagem das três dimensões da ACM para o comportamento de retraimento/depressão e a presença ou não dos tipos de violência (64,3% da inércia). São Gonçalo/Rio de Janeiro, 2005 (n=479).....	106
Gráfico 3: Plotagem tridimensional da ACM para o comportamento retraimento/depressão e a presença ou não dos tipos de violência. Gonçalo/Rio de Janeiro, 2005 (n=479).....	107
Gráfico 4: Dendrograma da análise de cluster hierárquica com coordenadas das três dimensões. São Gonçalo/RJ, 2005 (n=479).....	108

Figuras

Figura 1: Fatores que afetam a vulnerabilidade da depressão de crianças e adolescentes (Goodyer, 2001).....	52
---	----

Sumário

1. Capítulo 1: Introdução.....	13
2. Capítulo 2: Bases teórico-conceituais.....	25
2.1. Depressão na Infância e Adolescência.....	26
2.1.1. Aspectos históricos e conceituais.....	27
2.1.2. Epidemiologia.....	37
2.1.3. Comorbidades.....	41
2.1.4. Etiologia.....	45
2.2. Violência Familiar contra a criança e o adolescente.....	54
3. Capítulo 3: Bases metodológicas.....	63
3.1. O contexto do estudo – o município de São Gonçalo.....	64
3.2. Escopo metodológico da pesquisa “A violência familiar produzindo reversos: problemas de comportamento em crianças escolares de São Gonçalo - Rio de Janeiro”.....	67
3.2.1. Definição da amostra e tamanho amostral.....	68
3.2.2. Instrumentos.....	70
3.2.3. Coleta e processamento dos dados.....	75
3.2.4. Encaminhamento dos casos.....	77
3.3. Abordagem metodológica da pesquisa “Resiliência enquanto processo de proteção e de defesa contra a violência doméstica e comunitária: um estudo com adolescentes escolares do município de São Gonçalo – lidando com situações adversas de vida.....	78
3.3.1. Definição da amostra e tamanho amostral.....	78
3.3.2. Instrumentos.....	79
3.3.3. Processamento dos dados.....	89
3.3.4. Apoio e Encaminhamento aos alunos.....	90
3.4. Considerações Éticas.....	90

4. Capítulo 4: Resultados – Artigos Científicos.....	91
4.1. Artigo 1: Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo.....	91
4.2. Artigo 2: Which psychosocial factors predict children’s withdrawn/depression? A study about family violence and other risk factors in a Brazilian low-income school sample.....	117
4.3. Artigo 3: Sintomas depressivos na adolescência. Estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro.....	142
5. Capítulo 5: Considerações Finais.....	167
Referências.....	179

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Acabo de ler momentos da vida de Rosa¹, contados pela sua mãe. Rosa é uma menina de 11 anos, cursando a primeira série do Ensino Fundamental. Nasceu com 2100 kg e quando foi gerada, sua mãe tentou abortá-la tomando remédios. *“Aí eu vi que não tinha mais jeito de tirá-la, aí eu deixei... Ela nasceu magrinha, só mamava no peito, não comia nada, só queria ficar no colo, nem água ela bebia. Ela chegou a ficar umbiguda porque ela chorava muito, porque ela tinha fome de peito, não tinha fome de comida”*. Rosa mamou até dois anos e meio, quando a mãe ficou novamente grávida. Aos 6 anos, seus pais se separaram. Nessa época, Rosa ficou morando com seu pai porque ele não permitiu que sua mãe a levasse, vindo morar com a mãe mais tarde. No mesmo período teve pneumonia e ficou internada. A mãe fala sobre Rosa como uma criança muito preocupada com a família, meiga, calmíssima, *“se você pedir a ela pra fazer isso ela faz, ela não te responde nem nada”*. É afastada dos familiares maternos por usarem bebida alcoólica, *“ela fica até deprimida assim quando eu estou num lugar que tem bebida, ela não gosta, tem medo de ter confusão, fica assustada”*. Para não freqüentar a casa da avó, inventa que quer dormir e que está com dor de cabeça. Sobre momentos difíceis vividos por Rosa, sua mãe fala da menina ter testemunhado o soco no olho que levou do marido, padrasto da menina. Nesse momento Rosa só chorava, e às vezes ainda pergunta à mãe se doeu muito. Rosa freqüenta muito a Igreja e sente muita falta do pai. Do seu comportamento, a mãe ressalta a tristeza da filha, *“tudo entristece ela [...] ela é estranha [...] Se não tiver um biscoito pra ela vir pro colégio, ela fica triste; se ela não tiver um real pra trazer para o colega, ela já fica triste. Ela é assim, se preocupa com as coisas, se preocupa com o colégio, se preocupa com dentro de casa. Assim, hoje, se tiver um ovo pra comer em casa, ela já fica triste, ela adora comer com carne, se tiver uma festinha na Igreja e se não tiver um dinheiro pra lanchar, ela fica triste, isso tudo entristece ela, ela é uma pessoa assim.”* A mãe justifica a tristeza da menina à ausência do pai, e gostaria da ajuda de um profissional *“Eu acho que ela precisa de uma psicóloga, que ela de vez em quando fica no mundo da lua.”*

De alguns anos para cá, estive pensando o que faz uma criança tão pequena ou mesmo um adolescente em plena juventude ter a tristeza e a apatia como marcas de seu comportamento? O que estaria passando pelos pensamentos e sentimentos de crianças e

¹A história de Rosa é real e é fruto de entrevista qualitativa realizada pela pesquisa mais ampliada na qual o trabalho está inserido. Através do instrumento quantitativo utilizado, Rosa foi identificada como caso clínico de retraimento/depressão pela escala CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001). Aspectos metodológicos serão detalhados mais à frente.

adolescentes como Rosa? O que, em sua trajetória de vida, a fez ser assim? Quantas “Rosas” estarão sofrendo silenciosamente nos lares, salas de aula e ambulatórios de Pediatria, Psicologia e Psiquiatria, sem, no entanto, receberem atendimento adequado? E mais ainda, o que nós, profissionais de saúde, fazemos ou podemos fazer para ajudar crianças e adolescentes como essa menina?

Aqui começa esse trabalho, sem a pretensão de eliminar as incertezas e contradições que essas perguntas trazem, mas tentando iluminar um pouco a questão. Para responder essas perguntas, apresentamos dados de duas pesquisas desenvolvidas pela equipe do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Fiocruz (CLAVES) em escolas públicas e particulares do município de São Gonçalo no Rio de Janeiro. Uma intitulada “RESILIÊNCIA ENQUANTO PROCESSO DE PROTEÇÃO E DE DEFESA CONTRA A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E COMUNITÁRIA: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO – LIDANDO COM SITUAÇÕES ADVERSAS DE VIDA”, finalizada em 2004, com o objetivo de investigar como os adolescentes lidam, representam e superam situações adversas de vida (violências e perdas, por exemplo), e que contou com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). E, outra denominada “A VIOLÊNCIA FAMILIAR PRODUZINDO REVERSOS: PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS ESCOLARES DE SÃO GONÇALO – RIO DE JANEIRO”, desenvolvida no ano de 2005, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com o objetivo de investigar a magnitude de problemas de comportamento, decorrentes da exposição à violência familiar, em crianças escolares de São Gonçalo.

O **objeto de estudo da tese** é, através de uma perspectiva desenvolvimental, investigar os fatores associativos e potencialmente de risco à depressão na infância e adolescência, com destaque à convivência e/ou vitimização direta da violência familiar, por considerá-la um dos eventos que pode causar mais prejuízo ao desenvolvimento da criança e do adolescente, em especial à sua saúde mental. Parte-se, portanto, da **hipótese de** que a violência contra a criança e o adolescente ocorrida nos lares é uma variável de risco à depressão de crianças e adolescentes.

A depressão em crianças e adolescentes é entendida pelos critérios apontados pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* (American Psychiatry Association, 2000) e pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) (World Health Organization, 1993), os quais destacam o humor deprimido ou perda de prazer, persistentes por semanas. Inclui também pensamentos depressivos como pessimismo com relação ao futuro ou ideações suicidas, e sintomas biológicos como acordar muito cedo, apetite reduzido e perda de peso. Em crianças, a irritabilidade pode substituir o humor deprimido, e outros sintomas também são relevantes como as queixas somáticas e o retraimento social (Harrington, 2002).

É de extrema necessidade que as considerações diagnosticadas e transculturais sejam aprofundadas e complexificadas, quando se trata de avaliar depressão em pessoas ainda em fase iniciais do desenvolvimento.

Nos últimos anos, tem sido muito discutido o aumento da prevalência da depressão em todas as fases da vida. No Relatório sobre a Saúde no Mundo (Organização Mundial da Saúde, 2001) projeta-se que, até 2020, a depressão estará ocupando o segundo lugar entre as causas de maior carga patológica. Paralelamente,

estima-se que 10% a 20% das crianças em todo o mundo tenham algum comprometimento psicopatológico, estando este entre as cinco principais causas de doença acima de cinco anos de idade (Bird, 1996). Essa grave situação cobra um alto preço social à humanidade e exige maior capacitação e atenção especializada do setor saúde.

Estatísticas alarmantes, complexidade, polissemia e controvérsia também existem nas abordagens da violência contra a criança e o adolescente. Em 1999, A Organização Mundial de Saúde definiu a violência infantil como todas as formas de maus-tratos físicos e emocionais, abuso sexual, descuido, negligência ou qualquer exploração comercial, que cause dano real ou potencial à saúde de crianças e adolescentes, à sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (World Health Organization, 1999).

Embora muitos danos decorrentes da violência já sejam constatados e o conhecimento já tenha muito se desenvolvido nas áreas de Pediatria, Psiquiatria e do Direito, ainda há uma situação mundial de contradições científicas e negligência aos direitos infanto-juvenis. Já não restam dúvidas que violências têm efeitos imediatos ou tardios, com prejuízos que afetam a infância e adolescência, podendo perdurar até a vida adulta, seja nas esferas física, social, comportamental, emocional ou cognitiva (Straus & Gelles, 1995). Entre os efeitos já verificados estão a desnutrição, o baixo peso ao nascer, o isolamento social, a insegurança, a baixa auto-estima e os distúrbios psicossomáticos (Assis & Avanci, 2004; Heise 1994; Minayo, 1994).

Em se tratando de estudos sobre violência e depressão, há uma ausência de estudos brasileiros com base populacional. Os poucos existentes têm amostras não

representativas e metodologia descritiva, o que revela o ineditismo desta tese e a necessidade de se conhecer melhor a realidade no país. Na literatura internacional, conflitos familiares, discórdias, hostilidade e desvantagem social tendem mais a desencadear problemas externalizantes - aqueles em que a alteração no comportamento está mais direcionada para fora (hiperatividade, conduta desafiadora excessiva e transtornos de conduta) - do que internalizantes, onde o problema de comportamento está principalmente interiorizado no indivíduo (depressão, ansiedade, queixas somáticas) (Rutter et al., 1970; Bee, 1996). Do mesmo modo, no Brasil, uma revisão bibliográfica sobre maus-tratos infantis, na década de 1990, revela que nos estudos das áreas da Psicologia e Psiquiatria há o privilégio das causas da "agressão" e da sua presença como uma forma de reação ao mau-trato sofrido (Assis & Constantino, 2003). Apesar de inesperado, as pesquisas que investigam as relações entre violência e transtornos depressivos são menos claras e contraditórias (Straus 1994; Mc Grath et al., 1990).

Em se tratando da compreensão da violência como risco à depressão, é preciso considerar a rede entrelaçada de fatores de risco e protetores, internos e/ou externos ao indivíduo, mensurados através de metodologia quantitativa e qualitativa. Goodman e Scott (2004) ressaltam ser necessário compreender as particulares combinações ou seqüências dos fatores que levam aos transtornos psiquiátricos e propõem três tipos de fatores de risco: os predisponentes, os precipitantes e os que se perpetuam, destacando também a ausência ou fragilidade dos fatores que podem proteger o indivíduo do desenvolvimento dos problemas psiquiátricos. Dentre os fatores de risco, esses pesquisadores destacam os eventos adversos de vida e adversidades sociais crônicas para o surgimento dos problemas psicopatológicos.

Partindo daí, recorre-se à perspectiva da psiquiatria desenvolvimental para apoiar o estudo dos caminhos que levam à depressão na infância e adolescência. Primeiro, essa abordagem enfatiza a importância do *timing* no estabelecimento e organização do comportamento; segundo, é esperado que um fator de risco possa desencadear muitas conseqüências comportamentais, da mesma forma que vários fatores de risco podem facilitar a ocorrência de um problema no comportamento; e, por último, ressalta relações inesperadas entre risco e conseqüência, que podem variar no curso do desenvolvimento humano (Costello et al., 2006). Sob essa perspectiva, a tarefa é propor estratégias preventivas apropriadas aos vários estágios de risco.

O destaque deste estudo na investigação de crianças e adolescentes escolares se dá à medida que aquisições cruciais são obtidas, orientando o desenvolvimento futuro. A idade entre 7 e 10 anos destaca-se por ser: a) período crítico de transição da vida pré-escolar à escolar; b) percepção cultural diferente do comportamento da criança, agora mais capaz de exercer atividades adultas; c) maior desenvolvimento do senso de responsabilidade e moralidade; d) ampliação das influências sobre o comportamento, já que o círculo social é aumentado; f) elevação da capacidade cognitiva; e g) menor instabilidade, com maior capacidade de absorção e organização das novas experiências culturais (Sameroff & Haith, 1996).

A adolescência também se caracteriza por um período essencialmente particular e crítico. É uma época de explosão de crescimento, de reprodução cultural, de aprendizagem dos papéis sociais adequados ao *status* de adulto, de desenvolvimento da independência emocional de seus pais e de outros adultos, bem como de maior aquisição dos valores e do sistema ético de sua cultura (Grotevant, 1998). Quando as crianças

entram na adolescência, os relacionamentos sociais com seus pares aumentam em quantidade e com marcante sentido. Se para a criança os cuidadores funcionam como “referência social” e como uma “base segura”, na adolescência são os amigos que dão apoio na confrontação e percepção de situações duvidosas e freqüentemente causadoras de ansiedade. Mas, embora os adolescentes sejam mais capazes de falar de maneira mais reflexiva e coerente sobre seus sentimentos, seus comportamentos e processos de pensamento do que as crianças, eles, em geral, relutam em falar sobre muitos tópicos que os preocupam (Cole & Cole, 2004). Conhecida tradicionalmente como fase de instabilidade emocional, a adolescência mescla desenvolvimentos e regressões, ficando um pouco frouxas as fronteiras entre o “normal” e o “patológico” e tornando-se uma terra fértil para o desenvolvimento de estados depressivos (Sukiennik & Salle, 2002).

É grande a probabilidade de recorrência de depressão e outros problemas psiquiátricos em adultos que vivenciaram episódios depressivos na infância e adolescência. Kovacs et al. (1984) constataram que cerca de 70% dos pacientes infantis tiveram outro episódio dentro de 5 anos. Harrington et al. (1990) acompanharam 63 crianças e adolescentes deprimidos por uma média de 18 anos. O grupo deprimido tinha uma probabilidade quatro vezes maior de ter episódio depressivo após os 17 anos de idade do que o grupo de controle.

A literatura também ressalta a estreita relação existente entre morbidade, mortalidade e comprometimento funcional nos pacientes deprimidos. Sobre a mortalidade, o suicídio é uma das facetas mais graves, associado fortemente à depressão, especialmente entre os adolescentes. Os índices de suicídio em indivíduos deprimidos são

oito vezes maiores do que na população em geral, e a prevalência de tentativas de suicídio na adolescência tem variado de 8% a 15% (Low & Andrews, 1990).

Sofrer violência na infância e adolescência torna mais difícil a superação dos entraves do próprio desenvolvimento. Dados das Nações Unidas indicam que há pelo menos cinquenta conflitos étnicos ou políticos violentos atualmente em andamento no mundo, apontando um número estimado de 1,5 milhão de mortes de crianças devido à violência na última década, além de outras 4 milhões que ficaram seriamente feridas e 10 milhões que saíram traumatizadas emocionalmente dos conflitos. Anualmente, no mundo, cerca de 40 milhões de crianças estariam sujeitas ao abuso e à negligência (Westphal, 2002). Adolescentes e jovens constituem as principais vítimas com custos sociais e econômicos significativos, demandando considerável trabalho por parte do setor de saúde, bem como para áreas afins, constituindo-se em um importante problema a ser enfrentado e um grande desafio para a saúde pública.

No caso da violência infantil que ocorre nos lares, a magnitude não é diferenciada. Em 2004, 1.685 adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro foram entrevistados, sendo 14,6% agredidos de forma muito severa pelos seus pais, através de chutes, mordidas, murros, espancamentos, ameaças ou uso de arma de fogo ou branca, e 48% relataram ter sofrido violência psicológica de pessoas significativas (Assis & Avanci, 2004). A situação é ainda mais preocupante por ocorrer em um local privado de convivência. A criança ou adolescente passa muito tempo em seu lar, que deveria oferecer afeto, proteção e contribuir para o desenvolvimento. Um cenário violento reduz a perspectiva de proteção incrementando relações que oferecem risco ao crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil.

Pelo lugar privilegiado que ocupa a violência familiar, pelo desconhecimento de sua magnitude na vida das crianças deste país e por ser uma instituição fundamental, senão a mais importante na formação humana, é que este trabalho privilegia a violência ocorrida no âmbito familiar.

No Brasil, ações de enfrentamento à violência têm sido implantadas, com destaque na prevenção aos acidentes e violências que passou a ser encarada como prioridade na agenda do Estado desde o advento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001. Nesta Política, a violência familiar toma posição de destaque nas ações de enfrentamento. Recentemente, a implantação da Política Nacional está sendo feita através da estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (Brasil, 2004). Ainda assim, há muito que fazer em pesquisa e intervenção, necessitando mover esforços no sentido de diagnosticar, elucidar, qualificar e tratar os efeitos de experiências violentas.

Do mesmo modo e ainda mais incipiente estão as estratégias políticas voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. A existência de maior conhecimento sobre as taxas, etiologia, formas de distribuição e fatores de risco dos transtornos psiquiátricos pode contribuir para um apropriado planejamento na área da saúde mental (Bird, 1996; Murray & Lopez, 1996). Estudo que avaliou a presença de políticas de saúde mental para crianças e adolescentes em 191 países pertencentes à Organização das Nações Unidas constatou que em apenas 35 haviam políticas específicas voltadas para esta faixa etária; destes, apenas sete possuíam planos de ação claramente definidos para a

saúde mental nesta faixa etária (Shatkin & Belfer, 2004). Para se ter idéia da precariedade ainda hoje predominante no Brasil, estima-se a existência de apenas 300 psiquiatras infantis no país, em contraste com o expressivo número dos problemas psicopatológicos ocorridos na infância e adolescência (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004).

Transformações sócio-culturais com conseqüências na organização familiar, na escola e na comunidade têm revelado novas perspectivas de vida e incitado questionamentos quanto aos “futuros possíveis” do ser humano. Essa inquietação impõe um questionamento em relação às formas de intervenções psicossociais, preventivas e de tratamento, que podem e poderão ser eficazes para estabelecer diretrizes e metas junto a programas de Saúde Infantil e Juvenil. E esse trabalho é um esforço nessa direção!

Partindo dessas intenções **o objetivo geral**, norteador deste trabalho, é investigar o perfil sócio-epidemiológico de crianças e adolescentes escolares com sintomatologia depressiva, com destaque na compreensão da violência familiar como uma das variáveis de risco a esse transtorno nessas fases do desenvolvimento. Entre os **objetivos específicos** estão:

- a) conhecer a magnitude da violência familiar e da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes escolares;
- b) analisar os sintomas depressivos segundo variáveis sócio-demográficas, familiares e individuais relevantes na fase da infância e adolescência;
- c) identificar fatores mais associados e de risco à sintomatologia depressiva na meninice e na adolescência;
- d) analisar a associação dos episódios de violência familiar com o quadro depressivo em crianças e adolescentes; e

e) conhecer aspectos psicossociais que interferem no aparecimento dos sintomas depressivos da infância e adolescência.

Para o alcance desses objetivos, os capítulos são apresentados, conforme descrito a seguir. No *segundo capítulo*, as bases conceituais são desenvolvidas. Uma revisão histórica e conceitual, aspectos epidemiológicos, comorbidades e fatores etiológicos da depressão em crianças e adolescentes são discutidos, assim como alguns aspectos conceituais e epidemiológicos da violência familiar contra a criança e o adolescente. No *terceiro capítulo*, a abordagem metodológica das duas pesquisas originais é detalhada, com vistas à melhor compreensão dos resultados obtidos, organizados em formato de artigos científicos. No *quarto capítulo*, três artigos são apresentados, como parte dos resultados deste estudo; o primeiro artigo é denominado “Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo”, cujo objetivo é investigar a associação entre o comportamento retraído/depressivo de crianças escolares e a presença/ausência dos diferentes tipos de violências (agressão verbal e violência física) vividas em casa, na escola e na comunidade; o segundo artigo é intitulado “*Which psychosocial factors are predictors of children’s withdrawn/depression behavior? A study about family violence and other risk factors in a Brazilian low-income school sample*”, onde o objetivo principal é investigar quais fatores psicossociais mais se destacam na associação com a depressão em crianças escolares, especialmente a violência familiar; e o terceiro artigo é denominado “Sintomas depressivos na adolescência. Estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro/Brasil”, que objetiva identificar fatores sócio-demográficos, familiares e individuais potencialmente de risco à sintomatologia depressiva em adolescentes

escolares. E, finalmente, o *quinto capítulo* sintetiza os principais resultados alcançados e sugere algumas estratégias preventivas e de atendimento às crianças e adolescentes que sofrem problemas depressivos.

CAPÍTULO 2

BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS



Desenho da família feito por uma menina de 9 anos de idade, identificada com comportamento de retraimento/depressão (Achenbach & Rescorla, 2001). Vive com seu padrasto (que pensa ser seu pai biológico), sua mãe e sua irmã. Da esquerda para a direita, as três primeiras pessoas são os primos, a avó, o avô, a tia, a mãe, o pai, si mesma e mais 3 primos. Informa que o pai é a pessoa mais feliz de sua família: “*Porque às vezes ele brinca comigo*”, e a mãe a mais triste da família. Indagada se pudesse escolher ser alguém da sua família informa que gostaria de ser o pai: “*Porque ele é feliz*”.

2.1 Depressão na Infância e na Adolescência

Notas sobre o desenvolvimento afetivo

Aflição (“*distress*”) e excitação são as duas emoções primárias, presentes desde o nascimento; e o choro a primeira expressão da criança, produzindo uma resposta positiva na forma de cuidado materno. A aquisição das emoções se dá, primeiramente, através da identificação facial. Com a maturação do sistema nervoso central e as experiências de vida, todas as outras emoções vão se desenvolvendo a partir dessas duas primárias (Cytryn & Mcknew, 1996). Com o desenvolvimento cognitivo e da linguagem, as emoções tornam-se mais diferenciadas, complexas e internalizadas. Palavras como riso e choro são compreendidas antes de alegria e tristeza, indicando que os processos emocionais são mais fáceis de dominar do que os internos (Honkavaara, 1961).

Dos 2-3 anos, as crianças começam a perceber razões pessoais para a reação emocional. Por volta dos 4 anos, já há um leve consenso entre as crianças sobre as situações que provocam emoções básicas de felicidade, medo, tristeza e raiva (Barden et al., 1980). A partir dos 6 anos, a criança já aprendeu os princípios básicos das reações emocionais.

Dentre as emoções, culpa e vergonha são originalmente sociais, pois exigem a apreciação das regras sociais. É o reconhecimento das normas e a habilidade em antecipar a consequência da reação da outra pessoa que as predizem. O desenvolvimento dessas emoções é crucial para o desenvolvimento moral e a convivência na sociedade, sendo desenvolvidas mais tarde que as emoções básicas. No curso do desenvolvimento, a aprovação dos outros se torna um guia para o comportamento infantil (Goodyer, 2001).

Para a competência emocional, as crianças precisam receber respostas e informações emocionais claras e não-confusas, e também aprender a ignorar sinais emocionais inadequados à situação ou ao momento. Também o entendimento da mistura entre as emoções parece decisivo. Uma das maiores dificuldades de crianças com problemas parece ser a incapacidade em compreender o conflito de sentimentos, o que impacta domínios da vida (Meerum Terwogt, 1990). Por exemplo, quando uma criança com problemas psicopatológicos é questionada sobre si, tende a dizer que é totalmente boa ou totalmente má, impedindo-a de ter uma imagem realística de si mesma (Harter, 1977).

2.1.1 Aspectos históricos e conceituais

*É a depressão um afeto, um sentimento, um humor?
Por que não uma paixão triste como queria Esquirol?
Cosier (2003)*

O conhecimento sobre os transtornos afetivos em crianças e adolescentes é recente, tendo se modificado em sua curta história. Antes do século XIX, pouca atenção era dada ao seu estudo, apenas casos esporádicos eram investigados, muitos através de relatos autobiográficos ou dos próprios registros dos pais e de seus filhos (Goodyer, 2001). Parecia difícil reconhecer que sintomas e sentimentos tão dolorosos e aflitivos poderiam ocorrer em épocas prematuras da vida, reconhecidas no imaginário social, como de alegria e entusiasmo. O interesse da psiquiatria infantil naquela época estava voltado principalmente à demência precoce (Brasil, 1996).

Na primeira metade do século XIX, as teorias de Locke e Rosseau influenciaram muito o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil. Para Rosseau, a criança nascia infinitamente “maleável”, com um potencial para a bondade, mas a experiência de vida a corrompia. Nesta linha, William Wordsworth postulava que “a criança é o pai do homem”, sugerindo as idéias de continuidade do comportamento no curso da vida. Nesta época, o conceito da infância como uma época de extrema importância para o desenvolvimento da personalidade ganhou uma conotação política e social. A introdução da educação compulsória e a especial proteção à infância e juventude foram introduzidas, baseadas na crença de que as reformas sociais poderiam intervir e resolver os problemas do comportamento infanto-juvenil (Turk et al, 2006).

Ainda em 1879, Maudsley apresentou indícios dos estudos sobre depressão, até então, abordada principalmente como melancolia. Para ele, era possível tal “transtorno” ocorrer em crianças, pois o sentimento antecederia ao pensamento. A expressão primária da depressão se daria através do choro, resmungo, reclamações e gestos; aos 4-5 anos através da lamúria, medo e melancolia; e mais tarde a melancolia típica poderia ocorrer, algumas vezes com ideações suicidas (Goodyer, 2001).

Nesta época, a teoria de Darwin ganha notoriedade, enfatizando aspectos da biologia na infância, em particular à constituição genética, com ênfase na adaptação que afeta o crescimento, a inteligência e o comportamento. Suas observações ressaltavam a universalidade na expressão facial das emoções, com as expressões de tristeza e estresse tendo uma função adaptativa (Turk et al., 2006). Teorias do desenvolvimento emocional indicavam que as expressões da emoção mudavam, se tornavam mais complexas e diferenciadas a partir dos 2 anos de idade (Bridges apud Goodyer, 2001). Neste período as abordagens biológicas e comportamentais se tornaram mais ou menos independentes e extremistas, contribuindo pouco ao avanço do conhecimento científico na área.

Neste período, as mudanças na função e *status* da infância na família e na sociedade também influenciaram o diagnóstico e a classificação dos transtornos mentais na infância; antes tratados como adultos em miniatura, as crianças passaram a ser consideradas em seus aspectos psicológicos e suas experiências de vida precoces valorizadas.

No início do século XX, novas concepções surgiram com destaque à fisiologia do humor (Berrios, 1988). Definições e terminologias diferenciadas surgiram em vários países da Europa e dos Estados Unidos, e o termo “depressão” ganhou força se tornando

sinônimo de melancolia. A puberdade se tornou uma importante causa fisiológica dos distúrbios mentais (Goodyer, 2001).

Através dos séculos, uma variedade de palavras foi e ainda é usada para descrever a depressão: a) afeto ou humor (“Eu tenho me sentido deprimido durante o último mês”); b) dinâmica (“Ele estava deprimido pela morte do pai”); c) sindrômica (um grupo de comportamentos e sentimentos relacionados entre si estatisticamente); d) transtorno (condição com característica etiológica e de desenvolvimento); e e) doença (definida em sua etiologia por processos fisiológicos e indicando um tratamento dirigido).

Contudo, na infância e adolescência esses subtipos não são claramente distinguidos entre si (Turk et al., 2006).

De 1920-1930, a disciplina da psiquiatria da infância emergiu, mas com abordagem que excluía casos mais severos, especialmente entre os adolescentes. Creak e Shorting (1944), realizando uma revisão bibliográfica dos transtornos psiquiátricos infantis da Segunda Guerra Mundial, não fizeram referência aos transtornos afetivos. Descrições isoladas, com fenomenologia semelhante ao transtorno no adulto, continuaram a aparecer, mais frequentemente entre os adolescentes do que entre as crianças, o que originava problemas no tratamento.

Contudo, importantes trabalhos começaram a surgir com foco no estudo das conseqüências comportamentais da privação sensorial ou social de crianças institucionalizadas, separadas de suas mães, na produção de síndromes com elementos depressivos (Winnicott, 1945; Scott, 1948; Spitz, 1979). Os sintomas apareciam após a metade do primeiro ano e caracterizavam-se por choro contínuo, retardo no desenvolvimento, insônia e perda de peso. Após alguns meses o choro diminuía, sendo substituído por uma expressão de indiferença. Spitz (1946) desenvolveu o conceito de

“depressão anaclítica” à reação de crianças de 6-12 meses pela separação de suas mães. Também nesse período Bowlby, mediante a observação de crianças pequenas, desenvolveu a teoria do apego, conseqüente à hospitalização e separação materna temporária (Bowlby, 1989). Esses autores já alertavam para o risco desses estados trazerem conseqüências para o futuro da criança. Esses trabalhos se referiam, principalmente, à criança bem pequena, quando submetida a um evento estressante.

Nessa época, teorias do desenvolvimento infantil foram influenciadas por idéias psicanalíticas de Sigmund e Anna Freud, em que a conceituação da depressão em crianças tinha a mesma referência teórica da que ocorre nos adultos. Em 1911, Abraham conceituou a depressão como a perda do objeto amado, levando a um sentimento de culpa e melancolia (Abraham, 1911).

Campbell (apud Brasil, 1996) comenta que a supremacia dos conceitos psicanalíticos nos anos 1950 e 1960, sobretudo na América, foi o principal fator para o não reconhecimento da depressão na infância como entidade clínica. Para a teoria psicanalítica, a criança não era capaz de desenvolver um verdadeiro estado depressivo pela imaturidade de estrutura psíquica.

Até a década de 1960, os estudos eram meramente teóricos (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991). Foi a partir daí que a identificação, descrição e discussões de estados de humor anormal começaram a surgir, reconhecendo a sua existência mesmo em faixas etárias com faculdades intelectuais menos desenvolvidas. Diferenças entre o transtorno depressivo na criança e no adolescente e do adulto começaram a ser estabelecidas. Toolan (apud Brasil, 1996) chamou de “equivalentes depressivos” o quadro clínico detectado

principalmente em adolescentes, cuja sintomatologia depressiva propriamente dita não era manifestada.

Com a dificuldade de reconhecer a depressão em crianças e adolescentes, e numa tentativa de descrever e detectar melhor o problema, o conceito de “depressão mascarada” foi utilizado. Tal conceito propunha que o humor disfórico poderia estar mascarado por outros sintomas, não usualmente associados à depressão, como as queixas somáticas, o comportamento delinqüente, fobia escolar e dificuldades de aprendizagem (Toolan, 1962; Glaser, 1967). O conceito de depressão mascarada permaneceu insatisfatório e controverso. Faltava operacionalização e era impossível saber se o quadro se referia a uma patologia ou a um equivalente depressivo.

Foi somente a partir dos anos 1970 que os estudos depressivos na infância e adolescência começaram a ser valorizados como problemática psiquiátrica, com uma crescente ênfase na fenomenologia e no diagnóstico (Frommer, 1968; Poznanski & Zrull, 1970). O advento de novos medicamentos psicofarmacológicos e a polêmica criada em torno do conceito de “equivalentes depressivos” e “depressão mascarada” incentivou muito o melhor reconhecimento dos quadros depressivos nessas épocas da vida (Annell apud Brasil, 1996). Em 1971, realizou-se o IV Congresso da União Européia de Psiquiatria da Infância, cujos trabalhos dedicavam-se ao tema da depressão infantil.

Nessa época John Bowlby teve particular importância, pois trouxe à tona discussões importantes sobre a aliança entre abordagens biológicas e comportamentais. Para ele, os processos biológicos seriam certamente influenciados por fatores ambientais, como o cuidado e o afeto com os filhos, a boa socialização e as experiências

educacionais. Ao mesmo tempo, diferenças individuais no temperamento e na personalidade das crianças não eram sempre originadas pela forma de educar.

Na década de 1980, há a publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III). Pela primeira vez introduziram-se oficialmente critérios diagnósticos operacionais para a depressão em crianças e adolescentes, com a expectativa de que a confiabilidade entre os pares aumentasse. Na categoria dos transtornos depressivos, o quadro da criança, do adolescente e do adulto foi considerado semelhante, não havendo praticamente distinção na semiologia descritiva, nas diferentes faixas etárias (Brasil, 1996). Vários autores questionaram essa similaridade, insistindo que a experiência e a expressão da depressão na criança e no adolescente dependem do seu nível de desenvolvimento cognitivo e afetivo, podendo ser diferente até mesmo nas crianças e adolescentes (Weinberg et al., 1973; Malmquist, 1977). Uma outra crítica importante ao DSM-III, foi a fixação de determinado número de itens que devem estar presentes para se diagnosticar o transtorno (Harrington, 1993; Angulo, 1990).

Demarcando as diferenças através das fases do desenvolvimento, Toolan (apud Brasil, 1996) delinea diferentes sintomas pelos quais o transtorno pode se apresentar ao longo da infância e da adolescência: na criança bem pequena estão os distúrbios do sono e alimentação, cólica, choro, balanço de cabeça; quando um pouco mais crescida pode apresentar isolamento, apatia e comportamento regredido; e nas mais velhas os problemas de comportamento começam a substituir os sentimentos depressivos, como os acessos de raiva, desobediência, vadiagem, fuga de casa, tendência a acidentes, agressividade, comportamento provocativo e autopunitivo. Para ele, a mudança do quadro clínico através das idades é decorrente do princípio genético do desenvolvimento da

personalidade, dos mecanismos psicodinâmicos e das reações psicológicas diferenciadas, que o evento traumático real ou imaginário envolve.

Golse e Messersimitt (1983) lembram que o corpo representa para a criança um meio de troca, compensando sua capacidade de elaboração mental ainda em desenvolvimento. Desse modo, há uma transformação progressiva da sintomatologia depressiva concomitante à idade pela maior possibilidade de verbalização. Quanto mais se aproxima do adolescente mais o quadro clínico se assemelha ao descrito no adulto.

Nos anos 1980, o conhecimento da Biologia, Psicologia, Sociologia e do estudo do desenvolvimento humano foram considerados numa única abordagem, a da *psicopatologia do desenvolvimento*. Atualmente, avanços da neurociência, genética, neuroimagem, neuroquímica e neuropsicologia (especialmente a psicologia cognitiva) têm revelado a complexidade do processo e das interações cérebro-comportamento, sendo necessárias diferentes teorias para explicar os problemas em psiquiatria da infância e da adolescência.

Em 1992, pela primeira vez, a Organização Mundial de Saúde pública desenvolveu a Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10, com considerações sobre a depressão em crianças e adolescentes, idênticas às do adulto.

Ao longo do conhecimento, a grande preocupação dos estudiosos foi quanto à delimitação dos sinais e sintomas que caracterizariam o diagnóstico da depressão em crianças e adolescentes. Em algumas descrições sobressai-se a psicopatologia compreensiva (Moron & Chabrol, 1985); em outras, a objetivação da semiologia numa perspectiva do desenvolvimento cognitivo-afetivo (Nissen, 1973) e, por fim os que destacam a semelhança entre a semiologia depressiva do adulto, do adolescente e da

criança (Weinberg et al., 1973). Esse último enfoque tornou-se oficializado e permaneceu nas edições seguintes do DSM-IV e DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1990; 2000) em que o mesmo diagnóstico da depressão é estabelecido para os diferentes períodos etários, com poucas modificações à criança pequena. Seguem abaixo os critérios diagnósticos para o *episódio depressivo maior*, disposto pelo DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Cinco ou mais dos sintomas presentes na maior parte do dia e por um período de no mínimo duas semanas caracterizam o quadro:

- a) humor deprimido ou irritável;
- b) diminuição de interesse ou prazer nas atividades diárias;
- c) alteração de peso ou apetite;
- d) insônia ou aumento de sono;
- e) agitação ou retardo psicomotor;
- f) fadiga ou perda de energia;
- g) sentimentos de desvalia ou culpa excessiva;
- h) diminuição da capacidade de pensar e se concentrar; e
- i) idéias recorrentes de morte e suicídio.

Para o diagnóstico, deve ser considerado um dos sintomas: a) ou b). Os sintomas devem causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou afetivo, não-decorrentes de efeitos psicológicos diretos de drogas ou outras doenças clínicas, nem de uma reação de luto pela perda recente de uma pessoa importante.

Brasil (1996) investigou sobre a definição clínica da depressão em crianças e criticou os sistemas diagnósticos e classificatórios atuais: DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) e CID-10 (World Health Organization, 1993). Argumenta

que a uniformização da visão científica e da visão de mundo desconsidera as particularidades da infância, propondo a padronização e a descontextualização. Para ela, importa menos o número de sintomas que constitui o quadro depressivo e mais as suas articulações num contexto.

A classificação psiquiátrica moderna tem caracterizado a síndrome depressiva em vários transtornos: depressão maior, distímia, depressão menor, reação de ajustamento com humor depressivo, personalidade depressiva, entre outros. Destes, os mais estudados têm sido a depressão maior e a distímia, que não diferem tanto entre si pela sintomatologia, mas sim pela gravidade e persistência dos mesmos. A *distímia* é um estado crônico de depressão, caracterizado pela presença de sintomas depressivos em menor intensidade do que a depressão maior e por um período não inferior a um ano (em crianças e adolescentes). A *depressão maior* é composta por episódios depressivos importantes por um período menor, podendo ser recorrente.

Na adolescência, Sukiennik e Salle (2002) apontam a *reação de ajustamento com humor depressivo* como um tipo de transtorno depressivo comum. Trata-se do aparecimento de sintomas depressivos, em resposta a um estressor identificável, ocorrido no máximo há três meses antes do aparecimento do sintoma (American Psychiatric Association, 2000). Adolescentes estariam mais suscetíveis aos estressores, em função da maior instabilidade afetiva decorrente do desenvolvimento, com maiores flutuações na auto-estima e com tendência à impulsividade. Além disso, sofrem perdas significativas em sua trajetória para a vida adulta, tais como a perda do corpo infantil, dos pais idealizados e da identidade.

Na adolescência, em particular, a depressão muitas vezes é vista como uma característica normal do desenvolvimento, o que torna especialmente problemático estabelecer os limites do transtorno depressivo. Os jovens tendem a ter sentimentos profundos e oscilações acentuadas de humor são comuns, enquanto que as crianças pequenas têm dificuldade para descrever como estão se sentindo. É apenas na adolescência que as características psicológicas podem ser descritas regularmente (Harrington, 2002). Estudos psicanalíticos argumentam que, em função de uma menor capacidade do ego para suportar as oscilações de seus estados de humor e de auto-estima, os jovens tornam-se mais propensos a crises depressivas agudas.

Há algumas importantes diferenças entre a depressão ocorrida na infância e na adolescência. Em comparação à depressão na adolescência, aquela ocorrida na infância tem: menor probabilidade de reincidir na vida adulta, mais comorbidades com outros transtornos, menor prevalência, preponderância masculina, maior associação com disfunções familiares (Harrington, 2002).

Depressão: dimensão X categoria?

Depressão na infância e adolescência pode ser considerada num *continuum*, associada a outros problemas, de acordo com o nível de severidade. Já é certo que o prejuízo psicossocial aumenta numa relação direta ao número de sintomas depressivos. Mas, não há um "bom" nível de depressão. É melhor que crianças e adolescentes não tenham sintomas depressivos. Mas, na prática clínica, a decisão tende à abordagem categórica e dicotomizada, uma vez que clínicos não prescrevem uma pequena dose de antidepressivo para um paciente com pouca depressão. Contudo, numa perspectiva da saúde pública, onde o foco é na redução da morbidade, a perspectiva mais atraente seria considerar a depressão como dimensão (Harrington, 2002).

2.1.2 Epidemiologia

É grande a variação da prevalência da depressão em crianças e adolescentes de diferentes contextos, como é apresentado no Quadro 1. Numa revisão geral, pode-se estimar que a prevalência na infância, em sua forma clínica, oscila entre 0,4% a 2,5%, e na adolescência entre 0,4% a 8,3% (Birmaher et al., 1996). Mas, quando todos os tipos de depressão tanto na infância como na adolescência são incluídos, a estimativa chega a aproximadamente 10%. Em adolescentes mais velhos a prevalência supera os 10% chegando a 20% (Lewinsohn et al., 1998).

Quadro 1 – Estimativas de prevalência da depressão maior e/ou distímia em crianças e adolescentes em estudos comunitários brasileiros e internacionais

Estudo	Entrevista	Tempo incluído (meses)	Amostra (n; idade; local)	Informante P: pais, C: criança, Pr: professor	Prevalência
Graham e Rutter (1973)	IOW ¹	1	483 13-18 anos (Reino Unido)	P,C,Pr	3,2%
Vélez, Johnson e Cohen (1989)	DISC-1 ²	12	776 10-20 anos (Nova-York)	P,C,Pr	<13: 2,5% 13-18: 3,7% 13-18(meninas): 7,6% 13-18(meninos): 1,6%
Lewinsohn et al. (1993)	K-SADS ³	1	1.710 14-18 anos (Oregon)	C	13-18: 2,9% 13-18(meninas): 3,8% 13-18(meninos): 2%
Costello et al. (1988)	DISC-1 ²	12	300 7-11 anos (USA)	P,C	0,8%
Angold et al. (2002)	CAPA ⁴	3	542 9-17 anos (USA)	P,C	<13: 0,7% 13-18: 2,1% 13-18(meninas): 3,4% 13-18(meninos): 0,8%
Siminoff et al. (1997)	CAPA ⁴	3	2.762 8-16 anos (USA)	P,C	<13: 0,4% 13-18(meninas): 2,4% 13-18(meninos): 2 }.1%
Fergusson e Horwood (2001)	DISC ²	12	1.011 18 anos (Nova Zelândia)	P,C	13-18: 18,2% 13-18(meninas):26,5% 13-18(meninos): 9,7%

Quadro 1 – Estimativas de prevalência da depressão maior e/ou distímia em crianças e adolescentes em estudos comunitários brasileiros e internacionais (cont.)

Estudo	Entrevista	Tempo incluído (meses)	Amostra (n; idade; local)	Informante P: pais, C: criança, Pr: professor	Prevalência
Kilpatrick et al. (2003)	Entrevista telefônica	6	4.023 12-17 anos (USA)	C	13-18(meninas):13,9% 13-18(meninos): 7,4%
Doi et al. (2001)	DISC ²	1	429 12-15 anos (US-Japão)	C	13-18: 9% 13-18(meninas):11,4% 13-18(meninos): 6,3%
Costello et al. (1996)	CAPA ⁴	3	4.984 9-16 anos (USA)	P,C	<13: 1,9% 13-18: 3,1% 13-18(meninas): 4,2% 13-18(meninos): 1,9%
Almquist et al. (1999)	DISC ² IOW ¹	9	278 8-9 anos (Finlândia)	P	3,2%
Ford, Goodman e Meltzer (2003)	DAWBA ⁵	1	10.438 5-15 anos (Inglaterra)	P,C	<13: 0,3% 13-18: 2,5%
Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004)	DAWBA ⁵	1	625 11-14 anos (São Paulo/BR)	P,C	<13: 0,2% 13-18: 1,9%
Zinn-Souza et al. (2008)	PHQ ⁶	2	724 11-14 anos (São Paulo/BR)	C	7,5% 14-18(meninas): 10% 14-18(meninos): 4,3%

¹Isle of Wight Interview (Graham & Rutter, 1973); ²Diagnostic Interview Schedule for Children (Shaffer et al., 1996); ³Kiddle Schedule for Affective and Schizophrenia Disorders (Chambers et al., 1985); ⁴Child and Adolescent Psychiatry Assessment (Angold & Costello, 2000); ⁵Development and Well-Being Assessment (Goodman, 2001); ⁶Patient Health Questionnaire (Spitzer et al., 1999).

Em parte, as diferentes prevalências decorrem da condução metodológica empregada; aqueles orientados por princípios nosográficos (sistemas diagnósticos baseados no DSM-IV e CID-10), mais rigorosos e restritivos, tornam o diagnóstico mais raro; e aqueles baseados numa perspectiva psicodinâmica tendem a elevar a frequência do transtorno. Diferenças conceituais e de medidas (instrumental utilizado, ponte de corte adotado, aplicação de entrevistas e tipo de informante) bem como do tempo de investigação dos sintomas influem nas disparidades encontradas. Nos transtornos

afetivos, o relato da própria criança ou adolescente é particularmente importante, e os professores não têm sido tão confiáveis como informantes, diferentemente ao transtorno de conduta (Harrington, 2002).

Desde o incremento do estudo da depressão nessas fases da vida, há variedade de instrumentos disponíveis - *Mood and Feelings Questionnaires*, Angold et al. (1995); *Children's Depression Inventory*, Kovacs (1981); *Beck Depression Inventory*, Beck (1967); *Strengths and Difficulties Questionnaire*, Goodman, (2001) – além de entrevistas com clínicos (consideradas padrão ouro) e estruturadas baseadas no DSM (Angold & Costello, 1995), cada qual apresentando potencialidades e limitações importantes.

Especialmente na infância é unânime o reconhecimento de que a depressão é pouco diagnosticada e menos prevalente que na adolescência. Chama pouca atenção dos pais e professores, sendo, muitas vezes, considerada um comportamento “normal”, pois não causa incômodo. Tanto na infância como na adolescência, poucos estudos brasileiros têm estimado a prevalência em bases populacionais (Bahls, 2002; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004) e, quando existem, pouca é a possibilidade de comparação, uma vez que abordagem metodológica empregada é muito diferenciada.

Um outro aspecto importante é o tipo da amostra utilizada. Muitas das indagações sobre a depressão em crianças e adolescentes só poderão ser respondidas através de mais estudos na população geral, já que apenas um pequeno número de crianças chega ao tratamento psiquiátrico (Harrington, 2002).

Em crianças, praticamente não há diferença da ocorrência da depressão segundo o sexo, havendo uma leve preponderância masculina. Já na adolescência, há predominância nas meninas, o que se mantém até a vida adulta (Harrington, 2002). No entanto, essas

diferenças estão mais relacionadas à puberdade do que a idade cronológica (Goodyer, 2002), já que as mudanças hormonais, cognitivas, sociais e a vivência de eventos estressantes afetam, diferentemente, a menina e o menino. Antes da adolescência, características da personalidade podem tornar as meninas até mais vulneráveis, mas tais características não são suficientes antes das experiências biológicas e sociais da adolescência (Harrington, 2002).

Há alguma evidência de diferenças étnicas nas taxas de depressão na infância e adolescência, com elevação entre os negros em comparação aos brancos, mas ainda há muitas incertezas quanto a esta questão. Angold et al. (2002) não encontrou distinção entre americanos-africanos e brancos; já Blazer et al. (1994) encontraram grandes disparidades numa amostra de adolescentes/adultas negras e brancas de um estado norte-americano, com maior prevalência nas brancas (4,5% X 8,6% num período de durante 30 dias e 9,2% X 23,1% durante a vida); e Garrison et al. (1991) verificaram o inverso, com a maior prevalência de depressão e tentativa de suicídio nas adolescentes negras afro-americanas.

Similar contradição ocorre na relação entre depressão infanto-juvenil e nível socioeconômico, havendo relatos de ligeira maior tendência nas crianças e adolescentes menos favorecidos (Del Barrio & Párraga apud Gouveia et al., 1995). No aspecto regional, a maior incidência é na zona urbana em comparação à rural (Nogueira & Monreal, 1988).

Como já mencionado, a probabilidade de recorrência da depressão em outras fases da vida é muito grande, especialmente daquela ocorrida na adolescência (Goodyer, 2001). Nesse sentido, Lewinsohn et al. (1999) encontraram que 45% dos adolescentes

depressivos desenvolveram um novo episódio aos 19 e 24 anos. Outros estudos vão à mesma direção (Harrington et al., 1990; Fombonne et al., 2001).

A depressão que ocorre na infância e na adolescência também pode causar problemas de ajustamento social mais tarde. Problemas maritais, abuso de álcool, suicídio e transtorno de conduta estão entre os problemas mais comuns (Harrington et al., 1991). Sobre o suicídio, crianças que tentaram suicídio tendem dez vezes mais a desenvolver transtorno de humor nos 6-8 anos seguintes, em comparação àquelas que não o tentaram.

A depressão em crianças e adolescentes está aumentando?

Estudos retrospectivos com adultos depressivos têm indicado que recentes coortes reportam maior prevalência em faixas etárias mais novas do que aquelas nascidas no último século (Fombonne, 1999). *Surveys* também têm revelado redução da média de idade no primeiro episódio, o que parece indicar a realidade do aumento. Adolescentes iniciam a puberdade mais cedo do que há cem anos e podem estar mais expostos a conflitos familiares. Mudanças familiares, sociais e biológicas podem contribuir para este fato. E, vieses de memória também. Num importante estudo de metanálise com 26 trabalhos e aproximadamente 60 mil observações (Costello et al, 2006), os autores, embora cautelosos, concluem que NÃO HÁ evidência do aumento da depressão em crianças e adolescentes nos últimos anos. A elevação é justificada à maior sensibilidade dos clínicos ao problema; à mudança de critério do DSM-IV-TR ao transtorno, incluindo mais casos; e à efetividade de psicofármacos e psicoterapias, criando maior demanda e enviando amostras clínicas (Costello et al, 2006).

2.1.3 Comorbidades

A maioria das crianças e adolescentes que necessita de tratamento em decorrência do transtorno depressivo tem pelo menos um outro diagnóstico psiquiátrico, a ponto de ser indicado que, em estudos comunitários, uma das melhores formas de discriminar crianças com ou sem transtornos psiquiátricos é investigar primeiramente sintomas

depressivos (Rutter et al., 1970). Muitos dos sintomas que são partes do transtorno depressivo são sintomas de outros transtornos (Harrington, 2002).

As comorbidades que costumam se apresentar junto com a depressão podem ser influenciadas pelos diferentes artefatos metodológicos, métodos de aferição e critérios diagnósticos utilizados nos diferentes estudos. Entretanto, a comorbidade é uma real característica da fenomenologia dos transtornos depressivos de crianças e adolescentes (Goodyer, 2001). Miller (2003) sugere que 40% a 70% das crianças e adolescentes com depressão sofrem de outros problemas diagnosticáveis. Entre 20% e 50% experienciam dois ou mais distúrbios psiquiátricos, além da depressão. Em populações comunitárias, as comorbidades podem ser ainda maiores, com a associação a transtornos de conduta ou desafiador-opositivo, de ansiedade, atenção e hiperatividade, problemas de aprendizagem, abuso de substância, anorexia nervosa e recusa em freqüentar a escola (Harrington, 2005). Crianças e adolescentes com mais comorbidades tendem a sofrer mais dificuldades psicossociais (Harrington, 2002).

Em uma revisão sistemática de aproximadamente 20 estudos epidemiológicos baseados no DSM, Angold et al. (1999) indicaram que o transtorno de conduta (ocorridas numa média de 40% dos casos depressivos) e de ansiedade (em 34% dos casos) estão entre as comorbidades mais comuns.

Sobre a comorbidade com o transtorno de conduta, Zoccolillo (1992) sugere que a depressão é uma disfunção da regulação afetiva e de conduta da regulação social. Uma outra explicação, é que o transtorno de conduta pode causar depressão. Algumas vezes, crianças com problemas de conduta se comportam de maneira tal que aumentam o risco de vivenciar eventos traumáticos. A mais freqüente convivência com esses eventos pode,

por sua vez, causar depressão. A comorbidade entre depressão e transtorno de conduta é fortemente associada ao suicídio, principalmente com a combinação do abuso de álcool (Lewinsohn et al., 1994).

De modo oposto, Fergusson et al. (1996) sugere fraca associação entre estes dois transtornos e explica que muitas dessas correlações seriam em função da exposição aos mesmos fatores de risco. Nesse sentido, O'Connor et al. (1998) verificaram que aproximadamente 50% da associação entre depressão e transtorno de conduta pode ser explicada pela similar vulnerabilidade genética. Contudo, no desenvolvimento desta comorbidade, a depressão tende a um menor risco de permanecer (Harrington et al., 1991).

Lewinsohn e Klein (1995) compararam os fatores de risco associados à depressão e ao abuso de substância e sugerem que os eventos de vida, problemas físicos e episódios prévios de depressão, ansiedade e comportamento suicida estão especificamente associados à depressão, ao passo que capacidade insuficiente para resolução de problemas, conflitos interpessoais com os pais e insatisfação com notas estariam associados tanto à depressão quanto ao abuso de substância.

Tal sobreposição tem implicações no tratamento e prognóstico, já que é fácil esquecer da depressão quando problemas de conduta dominam o quadro clínico. Além do mais, o ajustamento de crianças com problemas depressivos e de conduta é tão difícil quanto o ajustamento do transtorno de conduta sozinho (Harrington et al., 1991; Fombonne et al., 2001).

Quanto à comorbidade com os transtornos de ansiedade, estudos longitudinais sugerem a sua precedência à depressão, aumentando a possibilidade da última ser

secundária à ansiedade (Kovacs et al., 1989; Merikangas et al., 1996). Outras explicações decorreriam do similar temperamento que está na base de ambos os transtornos, além da vulnerabilidade genética (Eley & Stevenson, 1999).

No desenvolvimento psicopatológico, Goodyer (2001) sugere os conceitos homotípicos e heterotípicos à comorbidade. O primeiro se refere à continuidade da depressão no decorrer do tempo, em que a comorbidade ocorre entre transtornos de grupo de diagnóstico semelhante. O segundo conceito ocorre quando o processo psicopatológico se modifica durante o tempo, incluindo diferentes grupos diagnósticos.

Um outro aspecto diz respeito à concorrência, onde a comorbidade ocorre, fenomenologicamente, ao mesmo tempo; e sucessivo, quando ocorre num intervalo de tempo, não sendo verdadeiramente uma comorbidade (Goodyer, 2001). Rhode et al. (1991) verificaram que a taxa de comorbidade concorrente entre depressão e outro diagnóstico psiquiátrico é muito maior do que a que ocorre durante a vida, o que pode ser enviesado pela memória.

Harrington (1993) comenta que os sistemas classificatórios atuais foram idealizados sobre bases descritivas e não em termos etiopatogênicos, o que dificulta o diagnóstico. Argumenta que não se tem um conjunto claro de critérios que possam confiavelmente distinguir entre sintomas devido à depressão e sintomas semelhantes que ocorrem como parte de um transtorno subjacente. No tópico das comorbidades, é difícil delinear claramente conclusões sobre a confusa literatura subjacente. A comorbidade não é apenas uma marca da severidade dos transtornos, mas reflete principalmente a complexa relação entre a sobreposição dos transtornos e entre os que ocorrem num pequeno ou relativamente grande intervalo do tempo.

2.1.4 Etiologia

Liz de 12 anos de idade foi levada pela sua mãe ao hospital em virtude de ameaças suicidas. Em conversa com o médico, sua mãe a descreveu como sendo triste e retraída e à medida que foi crescendo teve dificuldade em se tornar independente e separar-se da mãe. Seu pai deixou sua casa quando ainda era bebê e a visitava irregularmente. Liz convivia com padrasto, que a tratava mal e demonstrava preferência pela sua irmã mais velha. Violência, raiva e depreciações eram comuns nas relações familiares. A mãe, que revelou ter sido rejeitada na infância, tendo estado depressiva a maior parte de sua vida. (caso adaptado do livro: Cytryn, L; McKnew, M.D. *Growing up sad: childhood depression and its treatment*. USA: Norton, 1996).

Este caso ilustra alguns dos fatores que podem ser encontrados na origem da depressão em crianças e adolescentes – depreciação, rejeição, depressão materna e perda precoce de pessoa significativa. Liz, pela identificação com sua mãe, pode ter introjetado em seu comportamento formas desagradáveis de reagir e sentir. Sua mãe pode também ter transmitido vulnerabilidades genéticas que fizeram ambas sucumbirem diante de situações difíceis. Além disso, a depressão vivida pela mãe de Liz pode tê-la impossibilitado de exercer o cuidado necessário com sua filha, deixando-a mais vulnerável.

Assim como ocorre com a maior parte das crianças e adolescentes, Liz demonstra em sua história de vida, fatores ambientais, psicológicos e biológicos que, quando presentes, aumentam a chance da depressão ocorrer. Whybrow (1997) explica que a combinação de estressores biológicos e ambientais altera o sistema nervoso central e afeta sistemas neurológicos associados ao estímulo, ao temperamento, à motivação e às funções psicomotoras. Desta forma, estressores emocionais podem iniciar um ciclo biologicamente predisposto à depressão.

Para tornar o texto mais didático, os fatores causais serão apresentados isoladamente, mas na realidade da vida a depressão tem origem multifatorial, com fatores que dinamicamente se combinam e se relacionam aos fatores protetores, aqui não abordados, mas que minimizam e mediam a força do risco.

O conhecimento sobre a influência **genética** no aparecimento do transtorno depressivo tem se desenvolvido muito nos últimos anos. Hoje já se sabe que a hereditariedade ocupa posição importante no surgimento dos transtornos depressivos de adolescentes (Rutter, 2006), menos importante, no entanto, na infância, onde influências familiares parecem prevalecer (Harrington, 1993). Tais evidências decorrem principalmente de estudos com famílias e com gêmeos. Filhos de pais deprimidos apresentam uma probabilidade maior de desenvolver quadro depressivo e outros problemas psiquiátricos do que filhos de pais não-deprimidos (Wickramaratne & Weissman, 1998; Weissman et al., 1997).

Os efeitos genéticos tendem a agir indiretamente através de múltiplos mecanismos, aumentando, por exemplo, a vulnerabilidade a vivenciar eventos de vida adversos (Silberg et al., 2001). Flores (apud Minayo & Souza, 2003), biólogo brasileiro, esclarece a contribuição fundamental para entender a complexa relação biológica-social:

Genes não são a matéria bruta da evolução; comportamentos, por serem fenótipos, o são. Comportamentos selecionam genes e não o contrário. É um equívoco assumir que a teoria evolutiva enfatiza o controle biológico do comportamento. Ao contrário, ela explica como os fatores ambientais e culturais moldam não só a evolução do cérebro, mas também o seu desenvolvimento em cada indivíduo. (p.39)

De forma complementar, a teoria **biológica** mais conhecida é a hipótese aminérgica, que propõe que a depressão é causada pela subalternidade dos sistemas aminérgicos cerebrais. Estudos em adultos constataram que os fármacos que alteram as

concentrações cerebrais de amina, como a imipramina, estão associados a mudanças de humor. Mas esse achado ainda não está claro (Yalayan et al *apud* Harrington, 2005). Outras hipóteses biológicas bastante plausíveis são os desequilíbrios de neurotransmissores e cortisol.

Fatores **familiares** ocupam posição de destaque na predisposição da depressão nessas fases da vida, embora a relação seja bidirecional – crianças e adolescentes com problemas podem agir como estressoras para os pais e vice-versa (Rutter, 1997).

A depressão dos pais também entra no cenário familiar, uma vez que se associa a outros problemas desse ambiente que podem levar à depressão, como a prática educacional inconsistente, relacionamento marital conturbado e hostilidade com a criança (Goodman & Gotlib, 1999). Hammen et al. (1991) comentam sobre a relação temporal estreita entre depressão materna e recorrência da depressão nos filhos, confirmando a idéia do mecanismo mediado pelo ambiente. Evidências sugerem que a depressão materna se sobressai no bojo de outros fatores familiares de risco (Fendrich et al, 1990).

Para o maior entendimento dessa relação, a história de apego inseguro tem sido proposta como mecanismo para a transmissão intergeracional da depressão, mais presente em mães deprimidas (Dawson et al., 1992), já que nesse processo, aspectos importantes do desenvolvimento começam a ser formados. É a partir da representação da relação de apego que o modelo afetivo e interno de mundo é construído, ao lado da regulação emocional, da resolução de problemas e da percepção de si. É o papel do cuidador, da interação social e do tipo de rotina estabelecido nos primeiros anos de vida que irão formar na criança o controle das emoções. E, mesmo em crianças escolares, os pais

precisam continuar a oferecer uma base segura através da qual o adolescente poderá explorar o mundo que o cerca (Bowlby, 1988).

No entanto, famílias de crianças e adolescentes deprimidos parecem desenvolver um padrão de interação familiar denominado constelação depressiva (Agras apud Brasil, 1996). Parece ser claro que relações familiares conflituosas induzem ao curso de transtorno depressivo entre crianças e adolescentes e de outros problemas em psiquiatria (Kaslow et al., 1984). Crianças hospitalizadas com depressão, que retornam à família com altos índices de crítica e discórdia, têm resultados muito piores do que aquelas que retornam a ambientes mais harmoniosos (Harrington, 2005).

Crianças e adolescentes deprimidos tendem a estabelecer pior relacionamento com a mãe, percebida como muito protetora, controladora ou negligente; a serem originários de famílias separadas por conflitos e desarmonias; a viverem em condições de adversidade social, com pressão financeira e problemas maritais. Alguns desses aspectos podem deixar as famílias em desvantagem em dar amor e cuidado a suas crianças e adolescentes, o que verdadeiramente afeta o aparecimento do transtorno depressivo (Turk et al, 2006).

Punições e maus-tratos têm sido associados à depressão infantil e outros problemas psiquiátricos (Downey & Walker, 1992). No entanto, a rejeição parental tem se mostrado mais consistente como risco à depressão do que a punição corporal (Lefkowitz & Tesiny, 1984). Nesse espectro da violência familiar-depressão, Goodyer (2001) explica que crianças e adolescentes deprimidos, assim como seus familiares, parecem desviar-se de conflitos, os meninos tendendo a expressar mais raiva enquanto as meninas a insistir no investimento positivo das relações.

Muitos desses aspectos familiares podem ser discutidos na vertente dos **eventos de vida estressantes**, que, muito frequentemente, acompanham os transtornos depressivos em crianças e adolescentes (Goodyer et al., 1993). Discórdia parental, abuso físico, emocional e sexual, mudança de casa, dependência dos pais a drogas ou álcool, perdas por divórcio ou morte, doenças prolongadas de um dos pais, irmão ou da própria criança e adolescente são eventos que entram nesse cenário. Além desses, estresses e eventos agudos fora da família também são relevantes, como *bullying* (violência entre crianças e adolescentes na escola), mudança de escola e hospitalizações (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; Kaplan et al., 1998).

É grande a variação da resposta à adversidade entre crianças e adolescentes, já que a maior parte não desenvolve problemas psicopatológicos (Goodyer, 1990). Por outro lado, poucas crianças e adolescentes deprimidos não vivenciaram um evento antecedente ao episódio depressivo (Goodyer et al., 1993). A maior parte desses estressores é crônico e se acumula (Rutter, 2000). Quanto maior for a combinação dos eventos de vida, maior parece o risco à depressão e à sua severidade. Beardslee et al. (1996) examinou fatores de risco isolados e combinados à depressão e indica que o risco à depressão é de cerca de 7% a 18% na presença de um fator de risco, chegando a 50% quando três fatores estão juntos. Muito frequentemente, um fator de risco causa ou aumenta a vulnerabilidade do outro ocorrer (Goodyer, 1990). Eventos isolados, como a morte do pai, pouco parecem aumentar a depressão conseqüente (Harrington & Harrinson, 1999). O mais importante é o contexto do evento, o seu significado para a criança ou adolescente, o que aconteceu antes e, principalmente, o que aconteceu depois.

Alguns eventos de vida precoces são particularmente importantes porque podem vulnerabilizar a pessoa na vida adulta, entre os quais estão negligência e privação de afeto. Em crianças mais velhas humilhações e opiniões desagradáveis dos familiares, professores e amigos sobre a criança e o adolescente também são importantes (Turk et al, 2006).

Os transtornos depressivos tendem a se manter pela continuidade dos estressores. Goodyer et al. (1997) constatam que disfunção familiar, falta de confiança na mãe e relacionamento ruim com amigos predis põem a persistência do transtorno. Inversamente, quanto mais apoio emocional e logístico a família receber de outras pessoas, menor a probabilidade de a criança ou adolescente desenvolver o transtorno ou do quadro persistir.

Os modelos **psicológicos** de risco mais influentes à depressão infanto-juvenil provêm das teorias cognitivas, em que não é simplesmente a adversidade, mas também a percepção e o processamento dos eventos adversos que influem no desenvolvimento da depressão. Em geral, crianças e adolescentes deprimidos têm baixa auto-estima, deficiência na autonomia e distorções cognitivas, selecionando mais características negativas do evento (Kendall et al., 1990; Hammen et al., 1991). Tendem a atribuir mais a fatores externos instáveis à causa de eventos positivos que acontecem em sua vida do que a si próprio (Cole & Turner, 1993). Por outro lado, culpam mais a si do que os outros pelos eventos negativos que vivenciam e que muitas vezes estão fora de seu controle. E, tendem à baixa percepção acadêmica e competência social, o que prediz episódios futuros (Cole et al., 1997).

Apesar das evidências, alguns aspectos ainda são vagos no conhecimento sobre depressão infanto-juvenil e distorções cognitivas. Não se sabe, por exemplo, se essas distorções são causa ou consequência do transtorno ou se decorrem da vivência de eventos de vida estressantes (Harrington et al., 1998). Dalglish et al. (1998) complementa que a performance no processamento da informação tende a se normalizar quando a depressão termina.

Tipos de temperamento e personalidade também elevam o risco da depressão na medida em que interferem na relação com as pessoas e na percepção de si. Crianças com maior sensibilidade ou mais inibidas, seja em função da carga genética, ambiental ou da combinação de ambas, são mais prováveis de desenvolver a depressão do que aquelas com características distintas (Sigurdsson et al., 1999; Goodyer et al., 1993).

Do ponto de vista psicanalítico, a vulnerabilidade à depressão estaria ligada a dificuldades emocionais durante a fase oral do desenvolvimento psicosssexual, na forma de recusa do amor e apoio materno. A depressão ocorreria quando a criança ou adolescente se confrontasse com uma perda real, ameaça de perda ou perda imaginária (Freud, 1917). Nesses pacientes não ocorreria um processo de elaboração após uma perda, não havendo um novo investimento a outros objetos.

Os modelos atuais explicativos da depressão em crianças e adolescentes enfatizam a importância das influências bidirecionais, podendo causar dificuldades familiares e escolares, bem como ser sua consequência. Nesse cenário, ciclos negativos de interação são iniciados, nos quais a depressão causa problemas com o meio, e este, por sua vez, leva à piora do quadro clínico.

Segue abaixo um esquema que tenta ilustrar a variedade de aspectos envolvidos no desenvolvimento afetivo que interferem no surgimento da depressão em crianças e adolescentes. A ênfase dada é no processo de apego e numa abordagem mais holística do desenvolvimento da depressão, incluindo os fatores ambientais (Goodyer, 2001).

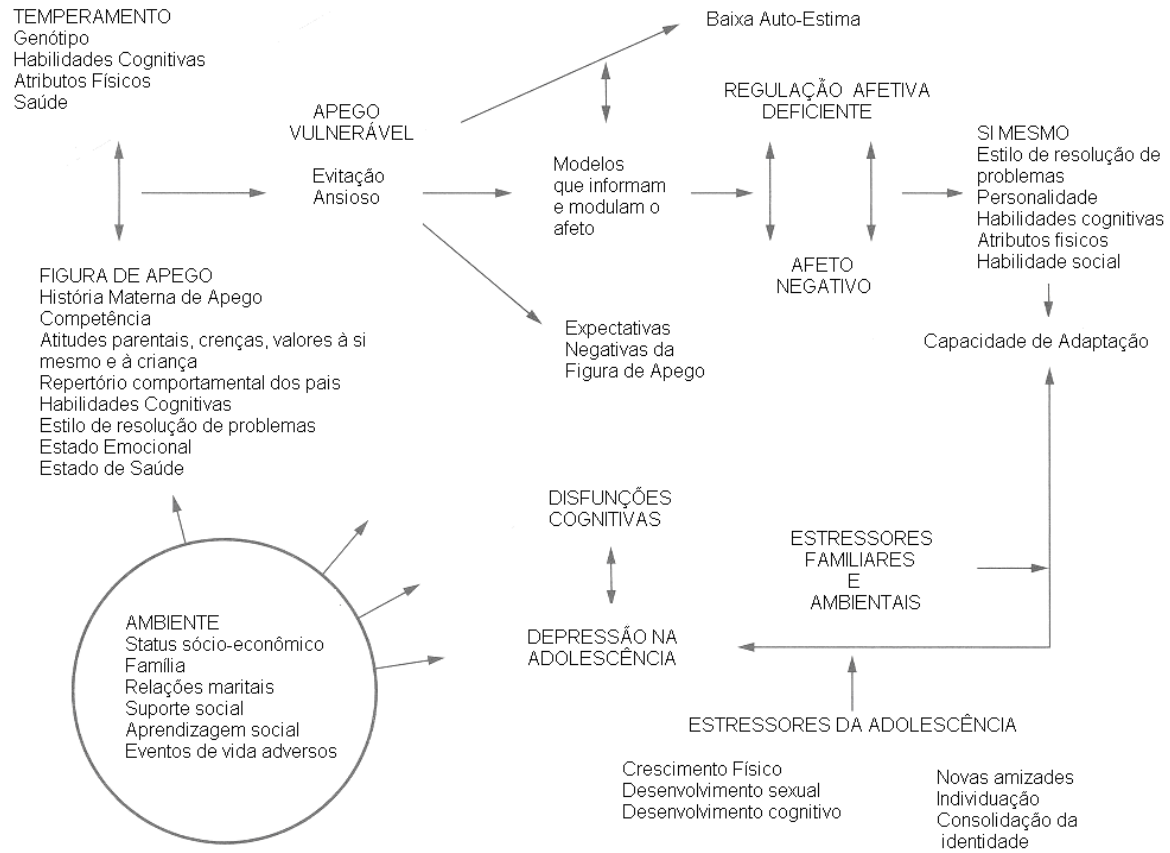


Fig. 1 - Fatores que afetam a vulnerabilidade da depressão de crianças e adolescentes (Goodyer, 2001).

É importante lembrar que uma proporção considerável de crianças expostas a condições adversas não desenvolvem sintomas depressivos nem qualquer sinal de problema psiquiátrico. Evidências sugerem que fatores protetores impediriam ou reduziriam o desenvolvimento destes transtornos, mesmo na presença do fator de risco.

Características individuais e do ambiente, e o tipo de relacionamento com as pessoas têm sido considerados como fatores protetores importantes. Por exemplo, para uma criança que convive com o conflito entre os pais (fator potencialmente de risco), características de seu temperamento e/ou o estabelecimento de um bom relacionamento com pessoas fora de casa podem protegê-la de desenvolver um quadro psicopatológico (Turk et al, 2006). No entanto, pouco se sabe sobre o mecanismo e o processo que reduzem o risco.

2.2 Violência Familiar contra a Criança e o Adolescente

A extorsão, o insulto, a ameaça, a bofetada, a surra, o açoite, o quarto escuro, a ducha gelada, o jejum obrigatório, a comida obrigatória, a proibição de sair, a proibição de se dizer o que pensa, a proibição de se fazer o que se sente, e a humilhação pública são alguns dos métodos de tortura tradicionais na vida da família.

Eduardo Galiano

Apesar de sempre presente na história da humanidade, a violência contra a criança e o adolescente foi quase sempre ignorada. Até hoje, muitos de seus aspectos são minimizados, mesmo que possam propiciar trágicos resultados à vida de crianças e adolescentes, individualmente, e a grupos que crescem em circunstâncias prejudiciais. Já não tão incipiente, na contemporaneidade há um novo olhar e uma nova forma de enfrentamento à violência, equipado do arsenal de conhecimentos e sensibilidade de época e comunidades distintas (Assis, 1999).

No Brasil, a partir da década de 1970, a violência em sua forma geral passou a ser uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente na população de adolescentes e adultos jovens das grandes cidades (Minayo & Souza, 2003). É considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, constituindo hoje a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade.

A partir da década de 1990, deu-se uma evolução positiva no Brasil à abordagem da violência familiar, agora considerada como um problema da esfera pública e não mais restrita apenas ao âmbito privado. Mais recentemente, em 2001, novo impulso foi dado com o advento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Não há definição universal da violência contra a criança ou adolescente. As suas definições variam de acordo com as visões culturais e históricas sobre a criança e seus cuidados, com os direitos e o cumprimento de regras sociais relacionados a ela e com os modelos explicativos usados com relação à violência. A definição do que possa ser uma prática abusiva ainda passa por uma negociação entre a cultura, a ciência e os movimentos sociais (Deslandes, 1994).

A principal dificuldade para conceituar a violência provém do fato de se tratar de um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia (Minayo & Souza, 2003).

Basicamente, a violência familiar contra a criança/adolescente caracteriza-se pela violência interpessoal que ocorre dentro da família. Refere-se a uma relação assimétrica e hierárquica de poder com fins de dominação, exploração e opressão (Azevedo & Guerra, 1989). Manifesta-se através de abusos físicos, sexuais e psicológicos, de exploração, negligências ou abandono, cada qual apresentando níveis distintos de complexidade. Pelo profundo enraizamento na cultura familiar brasileira, é uma forma de relacionamento familiar banalizado, naturalizado e aceito. Vitimiza milhões de crianças e tem-se conhecimento de que a sua magnitude é ampliada, sendo a maior responsável pelos casos de violência interpessoal contra crianças e adolescentes (Deslandes et al, 2005).

A violência familiar é uma forma de ‘relação humana’ que, inscrevendo-se no horizonte da violência cultural, relaciona-se às expressões de violência racial, étnica, de gênero ou de grupos etários (Minayo & Souza, 2003). Está presente em todas as classes sociais, em países ricos e pobres, constituindo um problema de magnitude mundial

(Organização Mundial da Saúde, 1994). Sua expressão, entretanto, é diferenciada entre os países, grupos sociais e culturais, apresentando distinções nas frequências e características da violência.

Data de 1988, a única Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar realizada no país sobre o tema. Constatou que 80% das agressões físicas às crianças e adolescentes são perpetradas por parentes ou conhecidos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1989). O sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), do Ministério da Justiça, compilou estatísticas de 1.635 conselhos tutelares (15 estados brasileiros) e contabilizou 174.851 notificações de violações no período de 1999 a 2004. O direito mais violado foi o da convivência familiar e comunitária (51%). O pai e a mãe são os principais agentes violadores, informação que é reiterada em investigações de âmbito local (Cavalacanti, 2002).

Também as estatísticas de notificações feitas por profissionais de saúde, compiladas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, revelam que no período de 2000 a 2002 foram registrados 3.103 casos de maus-tratos. A maioria foi por negligência e abandono, vindo a seguir agressões físicas, abuso sexual e psicológico. Dentre todos os tipos, a mãe aparece como a principal agente de agressão (56,6%), exceto nos casos de abuso sexual (Deslandes et al, 2005).

Em um enfoque epidemiológico, estimou-se que 14,6% dos adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro sofreram violência física severa dos pais; 11,8% testemunharam ou vivenciaram violência sexual na família e 48% relataram sofrer violência psicológica de pessoas significativas (Assis & Avanci, 2004).

A maior parte dos casos de violência contra a criança e o adolescente não resulta em óbito, mas tem forte impacto na saúde e no desenvolvimento infantil. De maneira geral, as crianças pequenas estão mais vulneráveis às agressões que acontecem no âmbito doméstico. No entanto, o lar cria uma condição de grande vulnerabilidade também para os adolescentes, estando na origem de fatos lastimáveis como a saída de casa para a vida na rua, exploração sexual, dependência de drogas, suicídio e infrações juvenis (Moraes, 1994; Schenker & Minayo, 2005; Miotto, 1994; Assis, 1999).

Em outros países, a violência familiar também é bastante expressiva. Straus (1981) mostrou, através de um inquérito nacional de violência ocorrida em lares americanos, que 63% dos respondentes usaram alguma forma de violência sobre suas crianças. Também nos EUA quase 2,2 milhões de episódios de abuso ou negligência infantil foram verificados em um estudo nacional realizado em 1987 (Organização Mundial da Saúde, 1994). Estima-se que 1.200-1.500 crianças, a maioria menor de 5 anos de idade, morrem a cada ano como resultado do abuso físico (52%), negligência (42%) e ambos (5%) por um dos pais ou responsáveis, enquanto aproximadamente 50 mil são vítimas de severo abuso físico naquele país (Wang & Harding, 1999).

No Canadá, um trabalho com quase 10 mil moradores de Ontário, verificou que 31% dos homens e 21% das mulheres declararam ter sido vítimas de abusos físicos durante a infância ou adolescência, e 13% das mulheres e 4% dos homens relataram ter sofrido abuso sexual (Prilleltensky et al. apud Cavalcanti, 2002). Quanto à violência conjugal, estima-se que em Quebec, a cada ano, quase 300 mil mulheres sofrem essa forma de vitimização, correspondendo a uma mulher em cada dez (Montreal-Centre, 1997).

Na Europa, o cenário não é diferente. Em 1995, na França, um órgão nacional constatou que 20 mil crianças foram maltratadas, dentre as quais 7.500 sofreram negligência e violência psicológica, 7 mil foram vítimas de abuso físico e 5.500 de abuso sexual. Os abusos físicos são os que mais crescem, seguidos pelos abusos sexuais (Centre Français de Protection de L'Enfance, 1996).

Dependendo da definição utilizada, das leis vigentes, aportes metodológicos e fatores culturais, as taxas encontradas para a violência vão oscilar. A taxa média da violência por 1000 crianças nos EUA é de 43, na Bélgica de 3, Ontário 21, Alemanha 15, Inglaterra 13 e na Holanda 5. Em Hong Kong taxas alarmantes foram encontradas: 526 para 1.000 crianças na forma de violência menos severa e 461 para 1.000 em sua forma mais severa, quando a violência menor foi mais dirigida a crianças de idade entre 3-6 anos sem irmãos na família e a forma severa mais em meninos (Tang, 1998).

Muitos são os fatores que facilitam a ocorrência da violência familiar. O modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) contribui para o entendimento desses múltiplos fatores de risco segundo níveis de análises que se comunicam (individual, familiar, comunitário e da sociedade). Nessa perspectiva, a família é considerada como um conjunto de relações, num sistema aberto e em constante transformação pela troca com outros sistemas fora da família (comunidade e sociedade), mas que a engloba (Antoni & Koller, 2000).

Dentre os fatores de risco para violência familiar sobre crianças e adolescentes, destacam-se, mirando a sociedade em seu nível mais macro, a violência social, a exposição do tema na mídia e a aceitação da violência na família e na escola pela sociedade de uma forma geral.

Em nível societário mais próximo, a comunidade, ressaltam-se a falta de suporte e apoio social para a família, o nível geral de desemprego dos adultos e a ausência de atividades de lazer para as crianças e jovens.

Na família tem-se o seu exagerado tamanho (com muitos filhos), pais muito novos, experiências infantis de negligência e violência, tipo de relacionamento marital e comportamento dos pais, problemas de saúde mental dos pais, nível de comunicação entre familiares a respeito dos problemas e sentimentos, alcoolismo, uso de drogas, eventos agudos e estressantes e contexto cultural em que a família vive.

As características da criança também têm sido apontadas como risco para a violência familiar. Dentre elas estão: prematuridade, malformações congênitas, doenças graves, inabilidades físicas e mentais, temperamento difícil e estilo na obtenção da atenção (Turk et al, 2006).

É consenso que há danos aos seres humanos provocados pela violência, pois ela *“ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”* (Agudelo, 1990, p.6). As suas conseqüências diferenciam-se segundo suas características, como: natureza do ato violento (frequência, intensidade e duração), características individuais da vítima, tipo de relação entre criança e abusador e fatores relacionados ao abuso. Estudos mais recentes têm focado menos no efeito da violência por si, e mais na combinação do contexto mais amplo em que relações violentas se instalam (Cicchetti & Toth, 1995). No entanto, sabe-se que a violência tem um efeito negativo independente de outros fatores de risco e é praticamente impossível ocorrer isoladamente de outros fatores de riscos.

Embora muito se fale sobre a violência física e sexual, a psicológica também prejudica bastante o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Caracteriza-se fundamentalmente pela qualidade do relacionamento entre a criança e os pais, não se referindo exclusivamente a um evento ou uma série de eventos. Quase sempre envolve hostilidade e rejeição persistente, e também severa e generalista crítica ao comportamento e aparência da criança e adolescente (Turk et al, 2006).

Independente de sua expressão, o fenômeno da violência dos pais contra os filhos é uma forma maléfica de interação familiar, com a imposição do poder sobre os filhos e com o estabelecimento de hierarquias rígidas. Reppold et al. (2002) apontam que esses pais exercem um estilo parental predominantemente autoritário, onde a ênfase da autoridade e da ordem, com ameaça de punição física ou privação de afeto, pode acarretar prejuízo para o desenvolvimento de seus filhos.

A violência familiar está aumentando em outros países?

Em 1976, 669 mil casos de abuso infantil foram reportados a serviços sociais nos EUA e em 1998 o número subiu para 3.154.000. Similar crescimento foi verificado no Reino Unido e outros países da Europa (Hess, 1995; Wang & Harding, 1999). Embora o aumento reflita a maior preocupação pública à questão, este parece real nos anos mais recentes. Tal incremento é justificado pelo aumento do uso de drogas, da pobreza, da violência de uma forma geral e da desintegração das comunidades (Garbarino, 1995; Emery & Laumann-Billings, 2002). No Brasil as estatísticas são recentes e muito falhas não sendo possível dimensionar a questão.

Mesmo outras relações de violência que ocorrem na família, e que não são dirigidas diretamente à criança/adolescente, afetam o seu desenvolvimento, é o caso da violência que ocorre entre os pais/responsáveis e aquela entre os irmãos. No caso da violência conjugal, as mulheres são as principais vítimas, uma vez que estão, historicamente, em posição desigual de poder em relação aos homens e sujeitas a uma

gama de situações violentas, desde os deboches até a agressão física, sexual e moral (Cavalcanti, 2002). Interessante observar que, muito recentemente, alguns pesquisadores vêm enfocando também a violência conjugal perpetrada pela mulher contra o homem, quando além da violência psicológica, atos severos de violência física são flagrantes. Pela novidade do tema, ainda há muito o que saber nessa área.

A agressão física e psicológica entre irmãos também chama atenção pela sua magnitude, banalização familiar e cultural, além de desdobramentos negativos para crianças e adolescentes, como por exemplo na aquisição da auto-estima (Assis et al, 2004).

Embora o enfoque aqui seja no meio de convivência mais próximo da criança e do adolescente - a família -, sabe-se que a violência infanto-juvenil é muito comum de acontecer em outras esferas de convivência. Nesse sentido, é importante lembrar da violência que acontece nas escolas (entre os colegas e, principalmente, dos professores com os alunos) e nas comunidades em que vivem.

Tradicionalmente, a escola deveria ser o local de defesa da criança e do adolescente, de reflexões sobre as relações entre pais e filhos, e de questões que afligem a sociedade. No entanto, tem se tornado palco de diferentes formas de violência contra essa população. A violência na escola não se limita apenas às condições do próprio sistema educacional brasileiro, mas também a atos violentos aprendidos nos lares e nas comunidades e reproduzidos na escola. Roubo, tapas, beliscões, empurrões, ameaças e calúnias entre os alunos são comuns, também presentes nas relações entre professores e alunos. Um trabalho realizado em um município do Estado do Rio de Janeiro constatou que um aluno adolescente em cada cinco havia sido humilhado na escola (Assis, Pesce &

Avanci, 2006). Essa forma de relação estabelecida na escola interfere na auto-estima e no desempenho acadêmico dos alunos (Assis & Avanci, 2004).

As escolas contribuem para a existência de violência psicológica em seu interior ao admitirem relações conflituosas entre os alunos e tratamentos humilhantes e desrespeitosos entre o corpo discente e docente. Nesse sentido, preocupa a ocorrência de “*bullying*”, fenômeno recentemente difundido no Brasil, que inclui comportamentos de crianças e adolescentes “*prepotentes e agressivos, tais como colocar apelidos, ofender, humilhar, discriminar, intimidar, perseguir, assediar, aterrorizar, agredir, roubar e quebrar pertences*”. Em seu grau mais severo, podem também ocasionar perda de interesse ou medo de freqüentar a escola, incluindo ações diretas (agressão física ou sexual) e mais freqüentemente indiretas (agressões emocionais: impor apelidos, insultos, atitudes preconceituosas), que encobrem uma relação desigual de poder (Lopes Neto & Saavedra, 2003).

Quanto à violência que ocorre no local onde se vive, Osofsky (1995) a caracteriza pela exposição freqüente e continuada ao uso de armas, assaltos e drogas. É um fenômeno ligado à violência urbana e social, e comprovadamente mais presente nas localidades de menor poder aquisitivo, onde faltam recursos institucionais protetores da saúde, educação, habitação e segurança públicas. Manifesta-se através de atos agressivos nos locais em que as famílias residem, colocando a criança e todos os familiares em risco e cerceados do direito de ir e vir a qualquer hora do dia ou da noite. Além dos efeitos concretos da convivência em áreas de elevado risco, o medo originado pelo descontrole e insegurança toma lugar de destaque na sociedade, sendo tão limitador quanto os reais eventos ocorridos.

CAPÍTULO 3

BASES METODOLÓGICAS



Desenho da família feito por uma menina de 8 anos de idade identificada com comportamento retraimento/depressão (Achenbach & Rescorla, 2001). Vive com a mãe, o padrasto e a irmã. Da esquerda para a direita desenha si própria, a mãe, o pai, a avô, o avô, a tia e o tio. Informa que o avô é o menos feliz: “*Não sabe o que quer. Quebrou a perna três vezes*”.

Neste capítulo é apresentado o caminho metodológico seguido nas duas pesquisas que propiciaram a tese, através das quais três artigos científicos foram elaborados. Os dois primeiros artigos são recortes da pesquisa “A Violência Familiar Produzindo Reversos: Problemas de Comportamento em Crianças Escolares de São Gonçalo – Rio de Janeiro”, e o terceiro se insere no trabalho “Resiliência Enquanto Processo de Proteção e de Defesa Contra a Violência Doméstica e Comunitária: Um Estudo com Adolescentes Escolares do Município de São Gonçalo – Lidando com Situações Adversas de Vida”. Ambos os trabalhos foram desenvolvidos sob abordagem quantitativa, com população escolar do município de São Gonçalo, no Rio de Janeiro. Contemplam distintas faixas etárias do desenvolvimento.

Apenas a título ilustrativo e complementar, utilizam-se também na tese alguns desenhos da família das crianças identificadas em 2005 como caso clínico de retraimento/depressão (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001) e também partes de entrevistas qualitativas realizadas com as mães/responsáveis e com o próprio adolescente.

3.1 Contexto do Estudo - O Município de São Gonçalo

O município de São Gonçalo está localizado a cerca de 20 km da cidade do Rio de Janeiro, com uma população em 2007 de 960.631 habitantes. No Estado, apenas o Município do Rio de Janeiro tem população maior. No ano de 2007, a população de 0 a 19 anos era constituída por 333.027 pessoas. São Gonçalo apresenta atualmente uma taxa de crescimento demográfico anual de 1,65, acima da observada para o Município do Rio de Janeiro, que é de 1,32 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2001).

Estende-se por uma área de 251,3 quilômetros quadrados distribuídos em cinco distritos e 89 bairros. O município teve um crescimento desordenado e intenso nos últimos 40 anos, passando de 85 mil habitantes no ano de 1940 para quase 900 mil pessoas atualmente. A infra-estrutura não acompanhou esse crescimento, que se deu às custas basicamente de população de baixo poder aquisitivo. São Gonçalo tinha em 2005 um PIB *per capita* baixo (R\$ 6.639), se comparado aos seus vizinhos Rio de Janeiro (R\$ 19.524) e Niterói (R\$ 14.523). Em 1991, o município ocupava a 12ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os municípios do Rio de Janeiro caindo para 22ª em 2000.

Em 2000, a taxa de alfabetização de sua população era de 95%, um pouco menor do que a do Rio de Janeiro, que era de 96%. Em 2004, 14,5% dos pais e 13,5% das mães têm escolaridade precária (menos de quatro anos de estudo) e 42,6% das crianças são matriculadas em pré-escola. A rede municipal de ensino de São Gonçalo é composta por 65 escolas, absorvendo cerca de 53 mil alunos. A rede de saúde é constituída por 88 postos de saúde, cinco pólos sanitários, cinco policlínicas, três SPAs e quatro unidades hospitalares.

As causas violentas constituem a terceira causa de morte em 2005 (13,6% do total de mortes) e cerca de 15% dos estudantes adolescentes da rede pública e particular de São Gonçalo sofrem violência familiar severa, convivendo cotidianamente com atos com elevado potencial de ferir, tais como: ser chutado, mordido, esmurrado, espancado, ameaçado com arma ou faca ou efetivamente ser agredido com estes instrumentos (Assis & Avanci, 2004).

A respeito da violência contra a criança e o adolescente, o município carece de informações sistematizadas, o que certamente contribui negativamente para o enfrentamento da questão. Sabe-se, através dos profissionais dos dois Conselhos Tutelares existentes e do Juizado da Infância e da Juventude, que é grande o número de casos atendidos cuja queixa principal é a violência. Mesmo nos casos em que a violência não está em foco, encontra-se como questão subjacente.

Segundo um levantamento realizado por um dos Conselhos Tutelares de São Gonçalo, foram atendidas 7.093 crianças e adolescentes no período de janeiro a setembro de 2000, cerca de 40 crianças por dia de atendimento. A violência física foi encontrada em maior proporção, sendo a escola a instituição que mais encaminha casos (Conselho Tutelar I de São Gonçalo, 2000).

Embora o município apresente elevados índices de violência infantil, ainda é incipiente o delineamento de políticas públicas endereçadas às crianças e adolescentes que sofrem violência em seus lares. Quase não há trabalhos desenvolvidos em nível de prevenção da violência, exceto seminários e palestras realizados esporadicamente pelos Conselhos Tutelares, pelo Juizado e pelo Núcleo Especial de Atendimento a Crianças e Adolescente Vítima de Violência (NEACA). Aliás, o NEACA é uma Organização Não-Governamental, criada muito recentemente no município, para atender crianças e adolescentes já diagnosticados como vítimas de violência. Sua criação surgiu em meio à necessidade de se criarem espaços de discussão e atendimento às crianças e adolescentes. O NEACA vem se destacando no atendimento especializado aos casos vitimados, sendo uma referência no tratamento, fazendo parte do fluxograma intersetorial do município e atendendo a uma demanda considerável da população, antes não atendida. Também

existe o Programa Sentinela, que juntamente com o NEACA, contribui para a configuração da rede de atendimento e proteção das crianças e adolescentes do município. Apenas uma outra instituição no município é voltada para a problemática da violência, mas a que ocorre contra a mulher, “Centro Especial de Orientação à Mulher Zuzu Angel” (CEOM- Zuzu Angel). Para se ter idéia da magnitude do fenômeno, no período de 1998 a 2000, 4.082 mulheres foram atendidas nesta instituição.

Já em relação ao atendimento de problemas psicológicos e psiquiátricos, a precariedade é enorme. O município não conta com nenhum psiquiatra infantil na rede pública de saúde e o atendimento psicológico está longe de atender à enorme demanda. Há a promessa da criação de um Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento e acompanhamento especializado. E já existe um Capsi Infantil (Centro de Atendimento Psicossocial) e um Centro de Atendimento à Dependência Química ao Adolescente (CEMOT-AD).

Frente a isso, os resultados deste trabalho podem contribuir para o melhor conhecimento da realidade vivida por crianças e adolescentes no Município de São Gonçalo, possibilitando futuras ações preventivas no âmbito da educação e da saúde.

3.2 Escopo metodológico da pesquisa “A Violência Familiar Produzindo Reversos:

Problemas de Comportamento em Crianças Escolares de São Gonçalo – Rio de Janeiro”.

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo observacional híbrido denominado por Kleinbaum et al. (1982) como “estudo seccional seguido de acompanhamento” (*survey*

follow-up study). Combina elementos de investigações seccionais e de coorte, e configura momentos distintos da investigação. É indicado quando se deseja estimar a prevalência e a incidência de determinado problema numa mesma população. Morgenstern (1989) indica este tipo de investigação quando é difícil distinguir entre casos prevalentes e incidentes, como é o caso dos transtornos psiquiátricos que comumente provocam incertezas quanto ao seu exato momento de surgimento. No entanto, nesta tese apenas a abordagem metodológica do estudo seccional é apresentada, já que os resultados contemplam apenas esta etapa.

3.2.1 Definição da amostra e tamanho amostral

O *plano amostral* baseia-se em cadastro de escolas municipais, turmas e número médio de alunos por turma, fornecido pela Secretaria de Educação do Município de São Gonçalo, referente ao ano de 2005. O universo de alunos da 1ª série do Ensino Fundamental referido por essa Secretaria para 2005 foi de 6.589 alunos. Duas limitações foram levadas em conta ao se estimar o plano amostral: a) ausência de listas de chamada por turma, impossibilitando o conhecimento do número e nome de alunos em cada turma; b) necessidade de seleção de pequenas amostras de alunos nas turmas, não só pela maior diversidade da amostra total, mas também pela resistência por parte dos professores, que já têm uma pesada carga horária de trabalho e pouco tempo para responder a questionários individuais sobre seus alunos, fonte de dados também contemplada por esse trabalho.

Para tanto, realizou-se o sorteio aleatório de escolas e alunos participantes da pesquisa. O desenho amostral empregado é do tipo Conglomerado Simples em três

estágios de seleção, onde as unidades primárias (UPA) são as escolas, as secundárias (USA) as turmas de 1ª série e as terciárias (UTA) os alunos.

A seleção aleatória das 25 escolas (primeiro estágio de seleção) é do tipo Proporcional ao Tamanho (PPT), considerando-se o número de alunos de cada escola como variável auxiliar à seleção das unidades. A segunda etapa da seleção utilizou a amostra aleatória simples de duas turmas dentro de cada escola, já que não era acessível o número de alunos por turma. Para a terceira etapa, procedeu-se ao sorteio aleatório de dez alunos por cada uma dessas turmas, totalizando 500 alunos amostrados nas 50 turmas dentre as 25 escolas. Em função da ausência de listas nominais dos alunos por turma, considerou-se a ordenação segundo a lista de chamada, e o sorteio foi feito baseado na média de alunos por turma em cada uma das escolas. Durante o trabalho de campo, em caso da inviabilidade de estudar o aluno sorteado, partia-se ao próximo da lista de forma a totalizar dez alunos por turma. Houve 231 substituições, sendo que quase 50% foi decorrente de problemas na estatística escolar (inexistência da criança correspondente à numeração do diário, criança freqüentando em outra série/turma) e o restante devido a faltas subseqüentes dos responsáveis nos dias agendados para a entrevista.

Como cálculo preliminar para o *tamanho da amostra*, utilizando-se proporção de 50% para problemas de comportamento em geral, nível de confiança de 95% e erro relativo de 5%, a amostra estimada foi de 362 alunos. No entanto, considerando as perdas no estudo de seguimento e a pouca freqüência de alguns problemas estudados, como é o caso da depressão, optou-se por elevar o número amostrado. Desse modo, o tamanho amostral foi fixado em 500 crianças, utilizando proporção de 50% para problemas de

comportamento, erro relativo de 5% e nível de significância livre. Com a obtenção da amostra de 500 crianças, o nível de confiança foi de 98%.

Face à dificuldade de aferir problemas de comportamento em crianças com muito baixo nível intelectual, 20 crianças intelectualmente deficientes foram excluídas da análise ($QI \leq 69$), aferidas através do WISC-III em seu formato reduzido (Wechsler, 2002; Tillman et al. 2004).

3.2.2 Instrumentos

O questionário aplicado em 2005 foi elaborado por uma equipe multiprofissional (médica, psicóloga, assistente social) e respondido pelas *mães/responsáveis* da criança. Contém questões de perfil da criança e da família; de comportamento da criança e competência social (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001); supervisão familiar; tipo de tratamento que a criança recebe em casa, incluindo a violência física e agressão verbal (CTS) (Hasselmann & Reichenheim, 2003; Straus, 1979); cuidados iniciais da criança; questões perinatais; de relacionamento familiar, escolar e comunitário; rendimento escolar da criança; situações de risco já vividas pela criança e pela família; experiências familiares estressantes; rede e apoio social; e aspectos psicológicos da criança e da mãe ou de quem cuida da criança. O tema da violência em outros espaços sociais como na escola e na comunidade também foi indagado.

Apresentam-se a seguir os principais instrumentos utilizados e padronizados nacional e internacionalmente, juntamente com os resultados do estudo de validade e confiabilidade obtidos na amostra. Uma série de outras variáveis foi investigada na pesquisa original, mas pela sua extensão não serão aqui detalhadas. As questões não

apresentadas aqui, mas utilizadas nesse trabalho, serão mais à frente detalhadas, de acordo com a sua utilização nos respectivos artigos científicos.

➤ *Child Behavior Checklist* (CBCL) para a faixa etária de 6 a 18 anos

Destaca-se por ser um dos inventários de comportamento mais citados na literatura mundial (traduzido para mais de 30 idiomas), pelo rigor metodológico com que foi elaborado, por seu valor em pesquisa e utilidade na prática clínica. É composto por um conjunto de escalas construídas por Thomas M. Achenbach para a investigação de competência social (aqui não estudada) e síndromes ou problemas de comportamento ocorridos nos últimos seis meses, a partir do relato dos pais/responsáveis de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Faz parte do *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA), que inclui também versões para professores (TRF) e crianças/adolescentes (YSR). Utiliza-se a versão mais recente para pais/responsáveis (Achenbach & Rescorla, 2001).

A escala de problemas de comportamento é composta por 118 itens com a finalidade de investigar: a) síndromes internalizantes, com *ansiedade/depressão*, *retraimento/depressão* e *queixas somáticas* investigadas; b) externalizantes, que inclui o comportamento *agressivo* e de *quebrar regras*; c) *problemas de atenção*; d) *problemas de pensamento*; e e) *problemas sociais*. As opções de resposta variam de 0 a 2, correspondendo a falso ou ausente; algumas vezes verdadeiro/presente; muito verdadeiro/geralmente presente. Nesse trabalho apenas a subescala retraimento/depressão é estudada, incluindo oito itens: poucas coisas dão prazer; prefere ficar sozinho que na companhia de outros; recusa-se a falar; reservado, fechado, não conta suas coisas para

ninguém; tímido; pouco ativo(a), movimenta-se vagarosamente ou falta-lhe energia; infeliz, triste ou deprimido(a); retraído, não se relaciona com os outros.

Segundo Achenbach (1991), os nomes dados às síndromes comportamentais pertencem a vocábulos familiares para os profissionais da área, não representando classificações nosológicas e diagnósticos psiquiátricos formais.

Baseado no escore T, a CBCL permite aferir crianças não-clínicas, limítrofes e clínicas, podendo os limítrofes serem agrupados em um dos outros grupos, dependendo dos objetivos do trabalho. Utiliza-se nesta tese $T > 69$ como ponte de corte para os casos clínicos e $T = 65-69$ para os limítrofes. As regras para a construção dos pontos de corte que definem os grupos clínico, limítrofe e normal são baseadas nos dados amostrais internacionais de duas populações do mesmo grupo etário: uma proveniente de centros de saúde mental e outra de crianças consideradas de referência (não-clínicas).

Originalmente, a validade de conteúdo foi estudada através da comparação de dois grupos de crianças e adolescentes, demograficamente equivalentes: um encaminhado a serviços de saúde e outro não. Observou-se que o primeiro grupo apresentou escores significativamente menores para os itens sociais e significativamente maiores para os itens comportamentais, mostrando a capacidade do instrumento em detectar desajuste social e problemas de comportamento em crianças e adolescentes. A validade de constructo foi confirmada pelas correlações estatisticamente significativas ($p < 0,0001$) com outras escalas comportamentais de referência. Quanto à confiabilidade entre os entrevistadores, o inventário mostrou coeficientes de correlação intraclassa maiores que 0,92 ($p < 0,0001$) (Achenbach, 1991).

No Brasil, o instrumento é disponibilizado pelo grupo de pesquisa da Universidade de São Paulo, que tem desenvolvido vários estudos na área, comprovando sua aplicabilidade e eficácia (Salvo et al., 2005; Massola & Silveiras, 1997; Melo & Silveiras, 2003). A versão aplicada à população de São Gonçalo foi adaptada por Bordin et al. (1995) para o Brasil, tendo sido realizada a adaptação cultural do instrumento, além de estudo de validação com amostra de 49 crianças encaminhadas a ambulatório de psiquiatria. Utilizaram a avaliação clínica psiquiátrica como padrão para determinar a validade da CBCL, avaliando a sensibilidade e especificidade. Critérios de positividade foram estabelecidos, tanto para a CBCL, quanto para a avaliação diagnóstica realizada por psiquiatras infantis (sem que esses soubessem o resultado da CBCL primeiramente aplicada), com base em cinco eixos de classificação dos problemas psiquiátricos propostos pela Classificação Internacional de Doenças/CID-10 (World Health Organization, 1993). Os resultados indicaram que 80% das crianças com um ou mais diagnósticos psiquiátricos, segundo critérios da CID-10 (World Health Organization, 1993), foram identificadas com problemas de saúde mental, segundo a CBCL (escore T total > 60).

Um outro estudo brasileiro também demonstrou alta sensibilidade dessa versão da CBCL, quando 83% das 78 crianças e adolescentes do serviço de triagem do ambulatório de saúde mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro demonstraram diagnósticos psiquiátricos, segundo o DSM-IV, e problemas de saúde mental, segundo a CBCL (escore T total > 63) (Brasil, 2003).

Com a presente amostra de crianças escolares de São Gonçalo, verificou-se *alpha* de Cronbach de 0,68. Quanto à validade de constructo, estudou-se a correlação com outros conceitos teoricamente relevantes e correlatos. A subescala retraimento/depressão associou-se com a vitimização da agressão verbal cometida pela mãe contra a criança durante toda a sua vida (Correlação de *Pearson*=0,112; $p < 0,015$) e pela cometida pelo pai (Correlação de *Pearson*=0,112; $p < 0,021$) (Straus, 1979), com a violência ocorrida na escola (Correlação de *Pearson*=0,130; $p < 0,005$) e na localidade (Correlação de *Pearson*=0,220; $p < 0,000$).

A validade de critério também foi estudada com uma amostra de 44 crianças escolares da amostra total, quando foram realizadas avaliações diagnósticas independentes por dois psiquiatras infantis, com larga experiência clínica, através de entrevista com a mãe/responsável e observação direta da criança. Sem o conhecimento dos escores obtidos nas diferentes avaliações, um dos psiquiatras seguiu os critérios do DSM-IV e o outro aplicou o KSADS-PL², os quais foram comparados com os obtidos pela CBCL: 100% de sensibilidade e 75% de especificidade foram verificados na análise da subescala retraimento/depressão da CBCL X avaliação psiquiátrica (DSM-IV). Bons índices também foram obtidos na análise entre a CBCL X KSADS-PL - 100% de sensibilidade e 77% de especificidade.

➤ Escala Tática de Conflitos (*CONFLICT TACTICS SCALES – CTS*)

Desenvolvida por Straus (1981), avalia a violência cometida pelos responsáveis masculino e feminino sobre as crianças e a violência existente entre os responsáveis. Originalmente, a validade concorrente foi verificada através da comparação dos escores obtidos pelos pais com os de seus filhos, em resposta ao mesmo instrumento. Foi verificada correlação 0,64 entre o adolescente e o pai, e 0,33 entre o primeiro e sua mãe (estes são valores altos se analisados entre os diferentes testes e escalas psicológicas). Encontrou-se também elevada

² KSADS-PL (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – present and lifetime*): consiste de um protocolo clínico compreendendo entrevista semi-estruturada com o responsável da criança e dela própria para identificar diagnósticos de psicopatologia na faixa etária de 6 a 18 anos no presente e ao longo da vida. Subdivide-se em três partes que objetivam captar diagnóstico psiquiátrico atual e de toda a vida da criança. A primeira parte consiste em dados demográficos, história geral de saúde, desenvolvimento, histórico de abuso, histórico psiquiátrico, *background* escolar e relações sociais (informações coletadas no questionário mais geral da pesquisa). A segunda parte consiste numa lista de 82 sintomas-chave para os episódios em diferentes áreas diagnósticas (transtornos depressivos, mania, psicose, transtorno de pânico, de ansiedade de separação, de evitação/fobia social, evitação da infância, fobia social, agorafobia e fobia específica, ansiedade excessiva/transtorno de ansiedade generalizada, obsessivo-compulsivo, enurese, encoprese, anorexia nervosa, bulimia nervosa, déficit de atenção/hiperatividade, opositivo-desafiador de conduta, transtornos de tiques, uso de cigarro ou tabaco, abuso de álcool, abuso de outras substâncias e estresse pós-traumático). A terceira parte consiste em cinco diagnósticos suplementares (o transtorno afetivo, psicose, ansiedade comportamental, abuso de substância/outras transtornos) que compreendem diagnósticos confirmatórios, onde o escore foi positivo na parte 2. A pontuação leva em conta a gravidade e a frequência para todos os sintomas. A versão utilizada é a empregada em centros especializados de referência do Rio de Janeiro, para fim de diagnóstico psiquiátrico clínico (Brasil, 2003).

correlação entre cada item e o escore total, e coeficiente alfa de 0,82 entre irmãos e 0,62 de violência entre pais e filhos. Para a escala de violência física, a confiabilidade foi substancial (Kappa=0,83). A CTS, original em inglês, tem sido investigada desde sua concepção e vários estudos apontam para uma baixa taxa de recusa, boa confiabilidade e validade do tipo concorrente, de constructo e de conteúdo.

Este instrumento consiste em uma lista de ações que toma um membro da família quando em conflito com outro. Foi desenvolvida a partir de análise fatorial, cobrindo três táticas de conflito: argumentação (uso de discussão racional e argumentação), agressão verbal (xingar ou insultar, ficar emburrado, chorar, fazer coisas para irritar, destruir, bater ou chutar objetos) e violência (jogar objetos sobre o pesquisado, empurrar, dar tapas ou bofetadas, murros, chutar, bater ou tentar bater com objetos, espancar, ameaçar ou realmente usar armas de fogo ou faca). Esta última costuma ser avaliada em violência menor e violência severa. Um item positivo em cada uma das subescalas é considerado um caso de violência.

Em 1996, esta escala foi validada para a população brasileira com mães de baixa escolaridade, a partir de uma avaliação formal de equivalência semântica e de mensuração (Hasselmann & Reichenheim, 2003). Desde então, tem sido utilizada no país com êxito. Em um estudo realizado com 1.923 adolescentes escolares de São Gonçalo, bons dados psicométricos foram verificados: alfa de *Cronbach* de 0,93 para a violência cometida pelo pai e 0,83 pela mãe; ICC de 0,79 e 0,84 e kappa substancial e moderado, respectivamente. Na validade de constructo, os tipos de violência se correlacionaram entre si (Assis et al. 2006).

3.2.3 Coleta, processamento e análise dos dados

Para a aplicação do questionário com o responsável da criança, foi enviado, através do aluno, um convite agendando para a entrevista na escola. Em média, o convite ao responsável era feito três vezes. Caso o responsável não comparecesse, a criança

seguinte da listagem era contatada. A entrevista era realizada individualmente e durava em média 60 minutos. Duas equipes com três pesquisadores foram formadas, tendo um supervisor para cada equipe, a fim de solucionar problemas que pudessem surgir. A equipe era formada por psicólogos e assistentes sociais. Durante todo o processo de trabalho de campo, as equipes foram treinadas e supervisionadas para o êxito na aplicação dos questionários, através de encontros e discussão das experiências e dúvidas surgidas durante o processo.

Mesmo frente a várias dificuldades enfrentadas, muitos pais/responsáveis falaram da entrevista como um raro momento de reflexão da vida familiar, do filho e de si próprio.

O processamento de dados envolveu etapas de digitação, codificação e crítica de dados. As máscaras de controle para a entrada de dados foram construídas no *Epidata 3,0* e ficaram visualmente próximas aos instrumentos de avaliação, restringindo a entrada de dados aos valores definidos como válidos em cada questão.

A codificação envolveu o destaque de todas as respostas com caneta vermelha, para agilizar a digitação, melhorar a compreensão das respostas, além de corrigir vieses e evitar erros na leitura do instrumento. Esta etapa funcionou como uma espécie de pré-crítica dos dados, analisando as respostas inconsistentes.

Na fase de crítica aos dados processados, duas etapas foram realizadas: a) amostra aleatória simples de 10% do número total do instrumento de avaliação, buscando encontrar erros de codificação e digitação; e b) crítica de consistência de dados, através de programação no software SPSS 13.0, com cruzamento de questões, a fim de encontrar inconsistências entre as respostas. O percentual de questionários que apresentou pelo

menos um erro de digitação foi de 8% em relação à amostra total. Em termos de erros/itens, o percentual foi próximo a 8% na amostra sorteada em 537 campos obrigatórios. Na etapa de consistência, o instrumento apresentou 2,6% de erros de consistência/item e 7,2% de questionários, com pelo menos um erro de consistência. Nessa etapa constatou-se, também, 2,8% de questionários com erros de codificação e 3,7% das questões, com pelo menos um erro de codificação. Todas as dúvidas ou incoerências foram corrigidas ou anuladas.

A análise dos dados foi realizada nos *software* SPSS 15.0 e R 2.6.1, sendo detalhada nos artigos.

3.2.4. Encaminhamento dos casos

Com a intenção de oferecer um apoio e um serviço às crianças pesquisadas e, principalmente pela questão ética que cerca o trabalho, as seguintes crianças foram encaminhadas a serviços públicos especializados: a) aquelas identificadas como clínicas através da CBCL, como tendo algum problema de comportamento internalizante, externalizante e de atenção; e/ou b) as que foram mapeadas pela CTS como vítima de violência severa³ de um dos pais e vítima de violência sexual.

Os casos com problemas de comportamento foram encaminhados para uma triagem da rede de assistência, aguardando numa longa fila de atendimento, para então serem encaminhados ao setor demandado. Essa espera poderia durar meses até que a criança recebesse atendimento e realizasse o diagnóstico clínico. Sem dúvida, essa ineficiência do serviço prejudica muito a criança, causa angústia na família, escola e para

³ A violência severa foi diagnosticada excluindo-se o item de bater com objetos, forma de violência aceitável socialmente na cultura brasileira, embora também grave para o desenvolvimento infanto-juvenil.

toda a equipe de pesquisadores. Como opção, essas crianças foram também encaminhadas a um setor de psiquiatria infanto-juvenil de referência na cidade do Rio de Janeiro. No entanto, pela distância entre os municípios, a maior parte das famílias não procurou esse serviço, impossibilitadas de custear o transporte.

Para os casos de violência, as crianças foram encaminhadas ao Núcleo Especial de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vítima de Violência (NEACA), quando foi solicitada uma escuta sensível, a fim de confirmar ou não a vitimização. Caso fosse confirmada, o processo oficial seria realizado, a saber: a notificação ao Conselho Tutelar, a viabilização de atendimentos e encaminhamentos que se fizerem necessários à família e à própria criança.

3.3 Abordagem metodológica da pesquisa “Resiliência Enquanto Processo de Proteção e de Defesa Contra a Violência Doméstica e Comunitária: Um Estudo com Adolescentes Escolares do Município de São Gonçalo – Lidando com Situações Adversas de Vida”

Baseou-se em um estudo transversal com adolescentes escolares para conhecer a prevalência da resiliência (capacidade de enfrentar e superar as adversidades da vida) e questões associadas.

3.3.1 Definição da amostra e tamanho amostral

Participaram do estudo adolescentes estudantes do curso diurno da 7^a e 8^a séries do ensino fundamental e 1^a e 2^a do ensino médio das escolas públicas (municipais e estaduais) e particulares do município de São Gonçalo, no ano de 2003. As escolas e as

turmas foram selecionadas através de amostragem por conglomerados; primeiramente as escolas e, posteriormente, as turmas por amostragem aleatória simples dentro das escolas. As escolas foram selecionadas, segundo amostragem, com probabilidades proporcionais ao número de turmas dentro de cada estrato (Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Pública e Particular). O método Seqüencial de Poisson foi utilizado por considerar a variação do tamanho das escolas, no caso selecionar o maior número de escolas com mais turmas na série de interesse. Para escolas com duas ou mais turmas, efetuou-se amostragem de turmas, tentando-se garantir uma distribuição proporcional entre as escolas maiores e menores, e das turmas segundo os turnos matinal e vespertino. Os questionários foram ministrados a todos os alunos presentes no dia da aplicação, das 68 turmas selecionadas nas 38 escolas amostradas.

Servem de referência para a análise 1.923 alunos (997 da rede pública e 926 da rede particular, quadro 2). A receptividade dos alunos foi excelente, com apenas três recusas em responder o questionário.

Quadro 2 – População escolar e amostra obtida

Estratos	Total de escolas	População de alunos	Amostra obtida
7 ^a /8 ^a Ensino Fundamental –Rede Pública	88	17.133	485
7 ^a /8 ^a Ensino Fundamental –Rede Particular	102	6.714	507
1 ^a /2 ^a Ensino Médio -Rede Pública	43	10.841	512
1 ^a /2 ^a Ensino Médio -Rede Particular	60	5.114	419
Total	293	39.802	1923

3.3.2 Instrumentos

O questionário autopreenchível e anônimo foi aplicado de forma coletiva e por turma, durando em média 60 minutos. Os questionários foram aplicados por uma equipe

de quatro pessoas, que trabalhavam sempre em duplas (duas psicólogas pesquisadoras, uma pedagoga e uma estagiária de Psicologia). Os aplicadores foram treinados e supervisionados durante todo o trabalho de campo. O questionário foi pré-testado no município com 203 alunos de três escolas que responderam o questionário duas vezes consecutivas, num intervalo de sete dias, visando testar sua confiabilidade e validade, e chegar à versão final, mais curta e precisa.

O instrumento foi composto por itens referentes ao perfil do adolescente (sexo, idade, cor da pele, religião, série escolar); desempenho escolar (notas finais em matérias específicas, participação em sala de aula e em grupos estudantis); estrutura familiar; situação socioeconômica; relacionamento com amigos e professores; preconceito; autoconfiança e autodeterminação; ansiedade e medo; gravidez; uso de drogas, jovem transgressor e violência na escola e na comunidade. Também foram incluídas escalas psicológicas e indicadores, detalhados mais à frente juntamente com as propriedades psicométricas oriundas do pré-teste. As questões individuais utilizadas nesse trabalho são descritas no respectivo artigo. No trabalho aqui apresentado, privilegiou-se o estudo das variáveis associadas e de risco à depressão na adolescência.

➤ Escala de Resiliência

Desenvolvida por Wagnild e Young (1993), sendo um dos poucos instrumentos usados para avaliar níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes. Foi adaptada para o Brasil por Pesce et al. (2005). Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores

altos indicando elevada resiliência. Bons índices psicométricos foram obtidos: o *alpha de Cronbach* de 0,84, o Coeficiente de correlação intraclasse de 0,75 e o kappa predominantemente moderado. A análise fatorial indicou três fatores que explicam 38,5% da variância. Essa escala se correlacionou positivamente com apoio social, auto-estima, satisfação de vida, supervisão familiar e, inversamente com o sofrimento psíquico, violência entre irmãos e jovem transgressor indicando validade de constructo (Assis et al., 2006).

➤ Escala de auto-estima

Criada por Rosenberg (1989) e adaptada para a população brasileira adolescente (Avanci et al., 2007), possui dez itens designados a avaliar globalmente a atitude positiva ou negativa de si mesmo, com quatro possibilidades de resposta (concordo totalmente, concordo, discordo, discordo totalmente): estar satisfeito consigo; sentir que tem várias boas qualidades; ser capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas; sentir que é uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que os outros; ter uma atitude positiva com relação a si mesmo; às vezes achar que não presta para nada; sentir que não tem muito do que se orgulhar; às vezes se sentir inútil; gostaria de ter mais respeito por si mesmo; inclinado a sentir-se uma pessoa fracassada. Uma elevada auto-estima é indicada por um escore alto. Nesse trabalho, obteve-se alfa de *Cronbach* de 0,81, Correlação Intraclasse (ICC) de 0,81 e kappa predominantemente moderado. Na análise fatorial três fatores foram gerados, com grau de explicação de 61,7% da variância. Quanto à validade de constructo, a escala de auto-estima correlacionou-se positivamente com apoio social,

resiliência, satisfação de vida, e inversamente com sofrimento psíquico, violência psicológica na comunidade e na escola e jovem transgressor (Assis et al., 2006).

➤ Escala de Apoio Social

Desenvolvida por Sherbourne e Stewart, foi adaptada à população brasileira por Chor et al. (2001), possui 19 itens relativos ao apoio social e cinco de rede social. Neste trabalho, apenas os itens referentes ao apoio social foram utilizados, pois os de rede social não se adequavam à amostra adolescente. É constituída pela dimensão emocional (apoio recebido através da confiança, da disponibilidade em ouvir, compartilhar preocupações/medos e compreender seus problemas), informação (através do recebimento de sugestões, bons conselhos, informação e conselhos desejados), material (ajuda se ficar de cama, levar ao médico, preparar refeições e ajudar nas tarefas diárias se ficar doente), afetiva (demonstração de afeto e amor, dar um abraço e amar) e interação positiva (diversão juntos, relaxar, fazer coisas agradáveis e distrair a cabeça). Cinco escores são obtidos para cada dimensão, que tem como opção de resposta: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre. Obteve-se alfa de *Cronbach* de 0,92, ICC de 0,79 para apoio afetivo, 0,82 para o emocional, 0,82 para o de informação e 0,77 para interação positiva, além do kappa ser substancialmente moderado. Todas as dimensões desta escala se correlacionam positivamente com resiliência, satisfação de vida, auto-estima; e inversamente com sofrimento psíquico, violência psicológica, jovem transgressor e violência na localidade (Assis et al., 2006).

➤ Escala de Satisfação com a Vida

Desenvolvida por Diener et al. (1985) e adaptada para o português por Hutz e Giacconi (1998, dados não-publicados). É composta por cinco itens que aferem um sentimento global de satisfação/insatisfação com a vida: a vida estar próxima daquilo que gostaria; ter condições de vida excelentes; estar satisfeito com a vida; conseguir as coisas importantes que quer na vida; e se pudesse viver de novo, não mudaria quase nada. As respostas são avaliadas em sete itens que variam de concordo (totalmente, muito, pouco), não concordo nem discordo, e discordo (totalmente, muito, pouco). Encontrou-se ICC de 0,79 e *alpha de Cronbach* de 0,78, correlacionando-se positivamente com resiliência, auto-estima, apoio social, e inversamente com sofrimento psíquico, violência psicológica, violência física cometida pela mãe, jovem transgressor, violência na escola e na localidade.

➤ Escala de Sofrimento Psíquico

Foi utilizada a escala *Self-Reported Questionnaire - SRQ-20* (Harding et al., 1980), que permite avaliar a suspeição de transtornos psiquiátricos menores e não a detecção de distúrbios psiquiátricos específicos ou níveis de intensidade. É composta por 20 itens (sim/não) englobando: a) sintomas psicossomáticos: dores de cabeça frequentes, má digestão, sensações desagradáveis no estômago; b) sintomas depressivos: sentir-se triste ultimamente, chorar mais do que de costume, falta de apetite, perder o interesse pelas coisas, se sentir uma pessoa inútil, sem préstimo, ter a idéia de acabar com a vida, ser incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida, sentir-se cansado o tempo todo e se cansar com facilidade, ter dificuldade de pensar com clareza, encontrar dificuldade para

realizar com satisfação as atividades diárias; e c) sintomas de ansiedade: dormir mal, assustar-se com facilidade, tremores na mão, nervosismo/tensão/agitação, ter dificuldade para tomar decisões, ter dificuldades na escola (o estudo é penoso e causa sofrimento). Nesta última questão, foi efetuada uma troca entre a opção utilizada na escala tradicional - ter dificuldades no trabalho – substituindo-se por ter dificuldades na escola, para se adequar à faixa etária investigada e por ser este espaço educativo onde os adolescentes têm sua competência e criatividade trabalhadas e cobradas. Escores elevados podem significar reações temporárias a uma perda significativa ou neurose prolongada. Foi validada para a população brasileira por Mari e Willians (1986). No presente estudo foi adotado o ponto de corte proposto pelo autor de sete respostas positivas para o sexo masculino e oito para o feminino, encontrando-se ICC de 0,85 e *alpha de Cronbach* de 0,75. Correlacionou-se inversamente com apoio social, auto-estima, resiliência, satisfação de vida, e positivamente com violência psicológica, na escola, na comunidade e jovem transgressor (Assis et al., 2006).

➤ Escala Tática de Conflitos

A mesma aplicada na pesquisa apresentada previamente, investigando apenas a dimensão de violência dos pais sobre o adolescente (não incluindo a violência entre os pais/responsáveis). Neste estudo o alfa de *Cronbach* para a violência do pai e da mãe sobre o adolescente, respectivamente foi de 0,93 e 0,83; ICC de 0,79 e 0,84 e kappa substancial e moderado. Na análise fatorial um fator foi gerado para a violência do pai, com grau de explicação de 72,2% e dois fatores para a mãe com grau de explicação de 67%. Em relação à validade constructo, ambos os tipos de violência se correlacionaram

entre si. A violência da mãe se correlacionou inversamente com satisfação de vida e positivamente com violência sexual, psicológica, e entre os pais, violência na escola e na localidade e com o fato do jovem ser transgressor. A violência do pai correlacionou-se com violência sexual e jovem transgressor.

➤ Escala de Violência Psicológica

Desenvolvida por Pitzner e Drummond (1997), avalia experiências vividas pelo jovem, em que uma pessoa significativa denegriu suas qualidades, capacidades, desejos e emoções, além de cobrá-lo excessivamente. É constituída por 18 itens com opções de respostas que variam do *nunca* até o *sempre*. Foi adaptada transculturalmente à realidade brasileira por Assis e Avanci (2004). Nesse trabalho, obteve-se alfa de *Cronbach* de 0,91 e ICC de 0,86. Quanto à validade de constructo, encontrou-se correlação positiva com sofrimento psíquico, violência cometida pela mãe, entre pais, na comunidade, na escola e jovem transgressor; e inversa com apoio social, auto-estima e satisfação de vida.

➤ Escala de Violência Sexual

A escala *Child Abuse and Trauma* (Sanders & Becker-Lausen, 1995) investiga vários tipos de experiências negativas na infância e na adolescência. Neste estudo, utilizaram-se apenas os itens que diagnosticam a violência sexual, composta por seis itens: a participação do jovem em atividade sexual antes dos 14 anos, a experiência sexual traumática na infância ou adolescência revelada ou não a adultos, testemunho de maus-tratos sexuais sofridos por algum membro da família, medo de sofrer maus-tratos sexuais de um dos pais, quando este esteve sob o efeito de álcool ou drogas e envolvimento em

atividade sexual com os pais. A resposta destes itens variam de *nunca* a *sempre*. Obteve-se *alpha* de Cronbach de 0,86 e ICC de 0,9. Na análise fatorial um fator foi gerado, com grau de explicação de 65,2% e constatou-se correlação da escala com violência da mãe, do pai e jovem transgressor.

➤ **Eventos de Vida**

Duas escalas serviram de base para a investigação dos eventos de vida (Pitzner & Drummond, 1997; Trombeta & Guzzo, 2002), os quais contemplam as seguintes situações: desemprego dos pais/responsável; problemas financeiros sérios na família; morar ou ter morado sem espaço; várias mudanças de casa, bairro, cidade ou estado; discussões entre familiares envolvendo filhos; separação dos pais ou divórcio; novo casamento de pai e/ou mãe; incômodo com o nascimento de um novo irmão; familiar já teve problemas médicos sérios como doenças ou acidentes; com problema de deficiência física ou mental; ocorrência de morte de pai, mãe, irmão ou parente próximo; problemas de álcool ou drogas na família; morte de animal de estimação; o adolescente ter ficado muito doente e necessitar de cuidados médicos; várias mudanças de escola; envolvimento em confusão na escola indo para a Direção da escola ou sendo suspenso das aulas; envolvimento em conflitos sérios com o professor; separação de algum amigo próximo por brigas, mudança de residência ou morte; sofrer ou ter sofrido com o término de um namoro; ver alguém ser gravemente ferido; viver ou já ter vivido em situação de perigo e insegurança na vizinhança. O indicador global de eventos de vidas apresentou *Alpha* de 0,54 e ICC de 0,67. Quanto à validade de constructo, a escala de eventos de vida se correlacionou diretamente a sofrimento psíquico, sofrer violência psicológica, da mãe, na escola e localidade e jovem transgressor; inversamente constatou-se correlação com resiliência, satisfação de vida, auto-estima e apoio social. Todas as dimensões mostraram elevada correlação entre si.

➤ Indicadores de violência na escola e na localidade

Utilizados pela ONU em pesquisas sobre violações auto-assumidas (*self reported offenses*). No Brasil vem sendo empregado pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente - ILANUD/ONU (Kahn et al., 1999). É aferida à vitimização do adolescente na escola e comunidade no último ano, através de humilhação, ameaça, agressão, se já teve danificado alguma coisa sua, se já conviveu com pessoas que carregam armas brancas ou de fogo, se já foi furtado e se já tiraram seu dinheiro à força. Para a escala de violência na escola constatou-se *alpha* de 0,42, ICC de 0,63 e correlação direta com sofrimento psíquico, violência psicológica, violência cometida pela mãe, jovem transgressor e violência na localidade; correlacionou-se inversamente com satisfação com a vida e apoio afetivo. A escala de violência na localidade mostrou *alpha* de 0,46 e ICC de 0,7, correlacionando-se positivamente com sofrimento psíquico, violência na escola, psicológica, entre irmãos e a cometida pela mãe, jovem transgressor; e inversamente com satisfação de vida, auto-estima e apoio social.

➤ Jovem Transgressor

Também faz parte dos instrumentos sobre violações auto-assumidas do ILANUD/ONU (Kahn et al., 1999). É constituído por nove questões dicotômicas (sim/não) sobre atos praticados no último ano: falsificar a assinatura de alguém em documentos, danificar de propósito objetos alheios, agredir alguém severamente, humilhar alguém mostrando superioridade, tomar parte de uma briga na qual um grupo de amigos luta contra outro grupo, portar arma branca, portar arma de fogo, furto (apropriar-se de um objeto sem conhecimento do seu dono) e roubo (apropriar-se de um objeto de alguém à força). Os resultados estão categorizados de acordo com o nível de gravidade do crime cometido, definidos em consonância com o Código Penal Brasileiro, mesmo sabendo-se que este Código não se aplica à criança e adolescente. Todavia, é fato que as penas

atribuídas aos adultos dão suporte para o judiciário tomar decisões sobre o tipo de medidas sócio-educativas a serem aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei (Departamento da Criança e do Adolescente, 1998). Definiu-se por quatro possibilidades de resposta: a) ausência de transgressões; b) transgressão leve: danificação de objetos (art.163, 1-6 meses ou multa); agredir alguém - lesão corporal (art.129, 3 meses a 1 ano); humilhar alguém/injúria (art.140, 1-6 meses ou multa); briga em grupo/rixa (art.137, 15 dias a 2 meses ou multa); c) transgressão moderada: falsificação de documento particular (art.298, 1-5 anos e multa); falsificação de documento público (art.297, 2-6 anos e multa); furto (art. 155, 1-4 anos e multa); e d) transgressão grave: porte de arma de fogo (Lei nº 9.437, art.10, 1-2 anos e multa); roubo (art.157, 4-10 anos e multa) e porte de arma branca (inexiste artigo associado ao porte de arma branca, mas como uma criança/adolescente que anda com uma faca, punhal ou canivete na escola com certeza tem um nível de transgressão muito alto, tal como um que rouba objeto, o porte de arma branca foi inserido no grupo de transgressão grave). Neste trabalho obteve-se *alpha* de 0,7, ICC de 0,87 e correlação inversa com satisfação de vida, auto-estima e todo apoio social; e positiva com sofrimento psíquico, violência sexual, psicológica, violência entre irmãos, a cometida pela mãe, pelo pai, na escola e na localidade.

➤ Violência entre irmãos e entre pais

Compostos por três questões que aferem brigas entre os irmãos e entre os pais a ponto de se machucarem, xingarem ou humilharem um ao outro. Em relação à violência entre irmãos foi constatado *alpha* de 0,81, ICC de 0,84, *kappa* substancial e apenas um fator gerado na análise fatorial, com grau de explicação de 75,6%; verificou-se correlação inversa com resiliência, apoio afetivo, e positiva com violência entre pais, jovem transgressor e violência na localidade. Na violência entre os pais o *alpha* foi 0,77, o ICC 0,7, *kappa* moderado; notou-se correlação positiva com violência psicológica, entre irmãos e a cometida pela mãe.

➤ Uso de drogas

Desenvolvida pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID (1997) em estudos com escolares brasileiros. Neste trabalho apenas se perguntou sobre ter ou não, no último ano, tomado alguma bebida alcoólica até se embriagar ou sentir-se bêbado (ficar de porre), ter fumado cigarro ou usado cigarro, maconha ou cocaína.

3.3.3 Processamento dos dados

Toda informação foi armazenada em bancos de dados, no programa Epi-info 6.0, que sofreu crítica rigorosa durante o processamento dos dados. A fim de minimizar os erros na fase de digitação e agilizar o processamento das informações, foram cumpridas quatro etapas: codificação, digitação, correção e análise.

Na codificação, o questionário foi preparado para tornar-se claro, objetivo e inteligível para os digitadores. O código ou valor de cada variável foi destacado. As regras estabelecidas para a codificação foram detalhadas em um Guia do Revisor, elaborado pela equipe de pesquisa. Outros procedimentos importantes foram realizados: desenvolvimento da máscara do questionário para a entrada dos dados e criação de um programa para estabelecer os valores corretos para cada questão. A fim de verificar possíveis falhas de digitação e buscar inconsistências entre as respostas, os bancos gerados foram submetidos a dois procedimentos: a) para identificar erros, foi feito um sorteio aleatório de 10% dos questionários dos alunos, que foram revistos e conferidos. Dentro dessa porcentagem, 7,9% dos questionários apresentaram ao menos uma falha de digitação, mas apenas 1,3% das questões apresentaram erros; e b) foi rodado um programa de crítica dos dados com o objetivo de localizar inconsistências, comparando as respostas de questões que se correlacionavam de maneira lógica. Constatou-se, no banco dos

alunos, que 21 questionários apresentavam alguma inconsistência, onde 0,5% foi o percentual encontrado de inconsistências retificadas e anuladas por questão.

Na fase de análise, os bancos foram convertidos para o *software* SPSS versão 8.0, onde foram realizadas análises exploratórias, testes estatísticos e modelagem, descritos no artigo de número 3.

3.3.4 Apoio e encaminhamento aos alunos

Poucos alunos procuraram os pesquisadores para solicitar ajuda. Nesses casos solicitou-se apoio emocional na própria escola e/ou encaminhou-os para a rede de proteção social, preservando o sigilo quanto ao problema vivenciado.

3.4 Considerações éticas

Ambas as pesquisas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a primeira da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e a segunda do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, além dos órgãos responsáveis pela educação em São Gonçalo, no Rio de Janeiro. Cada escola participante, pais/responsáveis (na pesquisa com as crianças) e alunos (na pesquisa com adolescente) assinaram termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram convidados a tomar parte voluntariamente, sendo-lhes assegurada a não-obrigatoriedade e o anonimato. Foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e da utilização dos resultados alcançados. Também foram assegurados da sua retirada do estudo a qualquer momento que julgassem necessário. Os participantes foram informados quanto ao sigilo e que poderiam elaborar todas as perguntas necessárias, antes, durante e depois da pesquisa.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1 Artigo 1: Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo⁴/*When the coexistence with violence closes the child to depressive behavior.*

RESUMO

O presente estudo investiga a associação entre o comportamento retraído/depressivo de crianças escolares e a presença/ausência dos diferentes tipos de violências (agressão verbal e violência física) vividas em casa, na escola e na comunidade. É um estudo descritivo com dados seccionais de 479 alunos escolares entre 6 a 13 anos de idade, estudantes da 1ª série do Ensino Fundamental de escolas públicas de um município do RJ/Brasil, no ano de 2005. Variáveis sócio-demográficas da criança e da família, o comportamento de retraimento/depressão (CBCL) (Achenbach & Rescorla 2001) e a vivência de situações de violência na família (CTS) (Straus, 1979; Hasselmann & Reichenheim, 2003), na escola e na comunidade (Kahn et al., 1999) são investigadas. A análise de correspondência múltipla e a análise de *cluster* foram as principais técnicas estatísticas empregadas. Os resultados indicam que as diferentes vitimizações pela violência tendem a estar mais próximas do comportamento clínico e limítrofe de retraimento/depressão, enquanto que esse comportamento em nível não-clínico tem mais

⁴ Encaminhado à *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Autores: Joviana Avanci (psicóloga, doutoranda em Saúde da Criança e da Mulher/IFF/Fiocruz), Simone Assis (médica, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública e do Claves/Fiocruz), Raquel Oliveira (estatística, pesquisadora assistente do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz), Thiago Pires (estatístico, pesquisador colaborador do Claves/Fiocruz).

proximidade com a não-vitimização das violências familiares, escolares e comunitárias. Programas e políticas públicas necessitam abordar a conjuntura da vida infantil, com o foco na intervenção dos problemas de saúde mental, das violências e da condição de vitimização de crianças e adolescentes, com vistas a interromper as revitimizações pela violência assim como as suas conseqüências.

Palavras-chave: depressão, violência, criança.

ABSTRACT

The present study investigates the associative relations between withdrawn/depressive behavior of schoolchildren and the presence/absence of violence (verbal aggression and physical violence) experienced at home, at school and in the community. It is a descriptive cross-sectional data based on a sample of 479 schoolchildren between 6-13 years of age, attending the first grade in the public elementary schools in a city of Rio de Janeiro/Brazil, 2005. Social-demographic data of children and families, withdrawn/depressive behavior (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001), family violence (CTS) (Straus, 1979; Hasselmann & Reichenheim, 2002) and school and community violence (Kahn et al., 1999) are investigated. Multivariate Correspondence Analysis and Cluster Analysis indicate that the different violence victimizations tend to be closer to clinical and borderline withdrawal/depressive behavior, whereas this behavior on non-clinical level is closer to non-victimization of family, scholar and community violence. Programs and public politics need to work on mental health problems and victimization of violence in order to interrupt re-victimizations and the consequences of that.

Key-words: depression, violence, child.

O enfoque no estudo da violência que afeta a população infantil tem se tornado cada vez mais contextual. Os primeiros trabalhos dedicavam-se à investigação da vitimização direta da violência (Straus, 1979; Kaufman & Cicchetti, 1989); mais tarde, a ênfase foi direcionada ao seu testemunho, especialmente à violência que acontece entre os pais (Sternberg et al., 1993; Rogers & Holmbeck, 1997); e, hoje em dia, a tendência é na abordagem dos múltiplos tipos de violência que ocorrem na vida infantil, incluindo a que acontece na escola, entre os pares e na comunidade, seja através do testemunho ou da vitimização direta (Finkelhor et al., 2007; Weisel, 2005). O crescente interesse nessa perspectiva mais abrangente se deve à constatação de que a criança ou o adolescente que sofre uma forma de violência teria maior risco de vivenciar um subsequente ou simultâneo episódio violento, no mesmo ou em outro ambiente, o que é denominado pelos estudiosos como “revitimização” ou “ciclo da violência”, tornando mais difícil o rompimento dessas vivências violentas (Finkelhor et al., 2007; Assis et al., 2004; Weisel, 2005).

Estatísticas mundiais demonstram a magnitude das violências que afetam o dia-a-dia das crianças e adolescentes. Nos Estados Unidos, crianças de Los Angeles testemunham cerca dos 10%-20% dos homicídios por ano (Pynoos & Eth, 1985) e em Chicago 30% já testemunharam alguém esfaqueando outra pessoa (Bell & Jenkins, 1993). No Brasil, 31% dos jovens cariocas pertencentes a estratos menos privilegiados social e economicamente reportam a vitimização através de assaltos/furtos, 22,5% através da violência física e 2% da violência sexual, ambas vividas na comunidade (Minayo et al., 1999).

Já no cenário escolar, entre 1996-1997, 4 mil estupros ocorreram nas escolas norte-americanas ou em eventos patrocinados por ela, além de 7 mil roubos, 11 mil agressões físicas ou ferimentos com arma de fogo e 188 mil agressões físicas ou ferimentos sem arma de fogo (U.S. Department of Education, 1997). Em um município do Rio de Janeiro, um em cada cinco adolescentes é humilhado durante um ano na escola (Assis et al. 2006); e dentre 1.220 jovens cariocas, outras formas de vitimizações ocorridas na escola são mencionadas por aqueles pertencentes a estratos sociais mais desfavorecidos economicamente: 23% foram agredidos fisicamente, 17,5% testemunharam o uso de drogas, 3,5% a venda de drogas, 19% foram ameaçados e 3,7% foram agredidos sexualmente nesse local (Minayo et al., 1999).

No âmbito doméstico o grave cenário de violência se repete, atingindo 1,5 milhão de crianças americanas e 6,3% dos casais que vivem juntos naquele país (Straus & Gelles, 1995), o que se assemelha nas famílias brasileiras (Assis et al., 2006; Bordin et al., 2006).

No “ciclo da violência”, a família ocupa posição estratégica, podendo, segundo algumas de suas características, proteger ou expor a criança a mais episódios violentos (Osofsky et al., 1993; Garbarino & Sherman, 1980). Ao lado dos conflitos familiares, características sócio-demográficas como baixa escolaridade materna, pouca idade dos pais, baixo nível sócio-econômico familiar, presença de muitas crianças na mesma casa, ser do sexo masculino, pertencer a grupos raciais/étnicos minoritários e vivenciar dificuldades da vida nos centros urbanos têm sido relacionados a altos níveis de exposição à violência infantil (Gorman-Smith & Tolan, 1998). Algumas dessas relações são pouco claras, mas aspectos sócio-culturais, formas de organização familiar, estilo de

cuidado dos pais com os filhos, disciplina e supervisão familiar estão entre as explicações mais aceitas (Brody et al., 2001; Gorman-Smith & Tolan, 1998). Mesmo para a criança vitimada pela violência, ter uma família, onde se sinta emocionalmente bem e apoiada, proporciona a ela um contexto mais favorável para lidar com o impacto da violência vivida ou testemunhada (Spaccarelli, 1994).

Independente do contexto de violência, a criança é particularmente vulnerável às situações de violência, já que é incapaz de impedir o seu convívio, dependendo do adulto para protegê-la. É consensual que há danos da violência à vida de crianças e adolescentes, que podem se iniciar já na gestação, podendo acarretar prematuridade, passando por todo o curso do desenvolvimento, além de ocasionar problemas físicos, psicossociais e cognitivos importantes (Moraes & Reichenheim, 2002; Rigby, 2003; Nansel et al., 2001; Finkelhor et al., 2007).

Pouca confiança no ambiente em que vive, dificuldade para expressar-se, baixa auto-estima, percepção de que tem poucos amigos e pouca ambição são alguns dos sinais apresentados por crianças que crescem num ambiente violento. Crescer nutrindo raiva e tensão pode desembocar no desenvolvimento de comportamentos agressivos e/ou defensivos, manifestando-se como retraimento e depressão (Oshiro, 1994).

É crescente a recorrência de estudos que investigam a relação entre a violência e os problemas em psiquiatria infantil (Bordin et al., 2006; Silvaes, 2004). Enfoque menos freqüente e resultados ambíguos têm sido encontrados nas associações com a depressão de crianças e adolescentes (Dadds et al., 1992; Sanders et al., 1992); ao contrário das conclusões mais consistentes verificadas em estudos relacionados aos comportamentos

agressivos, anti-sociais e de transtorno de estresse pós-traumático (Haddad et al., 1991; Cook-Cottone, 2004).

Não resta dúvida de que a depressão na infância é clinicamente importante. Apresenta alto risco de recorrência a desajustamentos futuros e acarreta prejuízo severo à qualidade da vida infantil, com repercussões na vida escolar, social e familiar (Harrington et al. 1996).

É sob essa lacuna que esse trabalho se debruça, buscando explorar a relação existente entre a depressão em crianças e a sua vitimização pela violência em diferentes contextos. Procurando explorar a complexidade do contexto relacional da vida da criança, pretende-se: a) investigar a associação entre as situações de violência vividas pelas crianças em casa, na escola e na comunidade; e b) verificar a associação entre o comportamento retraído/depressivo de crianças escolares e a presença/ausência dos diferentes tipos de violências (agressão verbal e violência física) vividas em casa, na escola e na comunidade. O ineditismo deste estudo se dá na abordagem das múltiplas vitimizações, já que a maior parte dos trabalhos investiga a relação isolada de tipos de violência com o transtorno depressivo, ou reportam dados retrospectivos com amostras clínicas.

MÉTODO

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com dados seccionais de 479 crianças entre 6 e 13 anos de idade, estudantes da 1ª série do ensino fundamental do turno diurno, matriculadas na rede municipal de São Gonçalo/Rio de Janeiro, em 2005. Cinquenta e um por cento são meninas, a maior parte das crianças (95%) é pertencente aos estratos sociais

C-D-E, de menor poder aquisitivo (Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2005), está na faixa etária de 6 a 9 anos (91,4%) e informa ter a cor de pele parda (54,4%).

O município de São Gonçalo se destaca pelo elevado nível populacional, com quase 1 milhão de habitantes do qual 1/3 está na faixa de 0-19 anos, tornando-o o 15º município mais populoso do país. Oferece precária qualidade de vida aos seus residentes, com poucas ofertas de lazer para a população infantil, ocupando em 2000 a 22ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), dentre os municípios do Estado do Rio de Janeiro.

O desenho amostral empregado é do tipo Conglomerado Simples em três estágios de seleção: escolas, turmas de 1ª série e alunos. No primeiro estágio, 25 escolas foram amostradas através da seleção do tipo Proporcional ao Tamanho, considerando o número de alunos de cada escola como variável auxiliar à seleção das turmas. Na segunda etapa de seleção, a amostra aleatória simples de duas turmas dentro de cada escola foi utilizada, já que não foi fornecido o número de alunos por turma. E, no terceiro estágio, sorteou-se aleatoriamente dez alunos para cada uma das duas turmas amostradas nas 25 escolas, totalizando 500 alunos amostrados num universo de 6.589 alunos da 1ª série referidos pela Secretaria de Educação para 2005. Vinte e uma crianças foram excluídas da análise por apresentarem $QI \leq 69$ (WISC III versão reduzida – vocabulário e cubos) (Wechsler, 2002), totalizando aqui 479 crianças. A amostra foi dimensionada a obter o maior número possível de alunos amostrados, utilizando-se proporção de 50%, nível de confiança de 98% e erro relativo de 5%.

Os responsáveis das crianças selecionadas foram convidados a participar da entrevista: a mãe se sobressai como principal informante (83,7%), seguida pela avó (5,2%), pelo pai (4,2%) pela tia (3,1%), pela irmã (0,6%), havendo ainda a participação de vizinha ou de quem cuida da criança no horário que não está na escola (3,1%). Ao lado de erros nas listas escolares, a não ida à escola no dia agendado para a entrevista (após três tentativas de agendamento) levou à substituição de cerca de 35% das crianças inicialmente amostradas. Nesses casos, as crianças foram substituídas pela subsequente sorteada até totalizar dez alunos por turma. Considera-se que essas substituições não trouxeram viés à amostra, notando-se similaridade entre o nível de escolaridade nas mães/responsáveis entrevistadas (68,4%) em comparação às mulheres residentes adultas do município (63,4%) e, conforme o esperado, renda média inferior nas famílias estudadas (R\$ 611,00) em comparação às do município (R\$852,00).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, e os pais/responsáveis e a direção das escolas assinaram termos de consentimento livre e esclarecido.

MEDIDAS UTILIZADAS

Todos os entrevistadores, profissionais de saúde em nível de graduação e pós-graduação, foram treinados e supervisionados durante toda a fase de aplicação do instrumento. A entrevista com os responsáveis foi realizada na escola e individualmente, durando em média 60 minutos. Procurou-se realizar o preenchimento do questionário em ambiente reservado de modo a preservar o entrevistado, fazendo-o se sentir mais à vontade. Várias questões da vida e do comportamento da criança foram investigadas.

Perfil socioeconômico e demográfico. Foram indagados o sexo, a idade da criança e de sua mãe/responsável, cor de pele da criança informada pelo entrevistado e a estrutura familiar (caracterizada por quem vive com a criança). O estrato socio-econômico foi acessado pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2005), baseado no nível educacional dos pais/responsáveis e no acúmulo de bens materiais da casa, indicando os seguintes estratos: A/B (equivalentes às classes de renda alta e média) e C/D/E (classes populares).

Comportamento de retraimento/depressão. Verificado através da subescala retraimento/depressão da escala mais geral de problemas internalizantes verificados pela *Child Behavior Checklist* (6 a 18 anos) (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001; Bordin, Mari & Caeiro, 1995), que engloba os seguintes comportamentos ocorridos nos últimos seis meses: poucas coisas que dão prazer; preferência por ficar sozinho; recusar-se a falar; ser reservado, fechado, não contar suas coisas para ninguém; ser tímido; pouco ativo; movimentar-se vagarosamente ou faltar-lhe energia; ser infeliz, triste ou deprimido; e ser retraído, não se relacionando com os outros. As opções de resposta variam de falso; pouco verdadeiro/às vezes verdadeiro; muito verdadeiro/freqüentemente verdadeiro. Possibilita aferir grupos “diagnósticos” através do escore T (50 pontos mais 10 vezes o valor obtido do escore bruto pela normal padronizada, com média zero e desvio-padrão 1): não-clínicos ($T < 65$), limítrofes ($T = 65-69$) e clínicos ($T > 69$). A versão utilizada foi adaptada por Bordin, Mari e Caeiro (1995) para o Brasil, a qual foi testada numa amostra de 49 crianças encaminhadas a ambulatório de psiquiatria. Oitenta por cento dessas crianças com um ou mais diagnósticos psiquiátricos, segundo critérios da

CID-10 (World Health Organization, 1993), foram identificadas com problemas de saúde mental segundo a CBCL (escore T total > 60).

Com a amostra aqui estudada, constatou-se adequados aspectos de confiabilidade e validade para a sub-escala retraimento/depressão: a) *alpha* de *Cronbach* de 0.68; b) coeficientes satisfatórios para a *validade de constructo*, estudada através da correlação positiva com a agressão verbal cometida pela mãe contra a criança durante toda a sua vida (Correlação de *Pearson*=0,112; $p < 0,015$) e pela violência ocorrida na escola (Correlação de *Pearson*=0,130; $p < 0,005$) e na localidade (Correlação de *Pearson*=0,220; $p < 0,000$); e c) *validade de critério*, estudada numa amostra de 44 crianças da amostra total, quando avaliações diagnósticas independentes realizadas por dois psiquiatras infantis - um seguindo os critérios do DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual-TR*; APA, 2000) e outro através do KSADS-PL (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – present and lifetime*; Brasil, 2003) - foram comparadas com as obtidas pela sub-escala da CBCL, obtendo-se 100% de sensibilidade e 75% de especificidade na correlação da CBCL X avaliação psiquiátrica (DSM-IV) e, quase similarmente, 100% de sensibilidade e 77% de especificidade na correlação entre CBCL X KSADS-PL.

Violências que ocorrem na família. A Escala Tática de Conflitos (Straus, 1979; Hasselman & Reichenheim, 2003) foi utilizada para avaliar: agressão verbal dos pais/responsáveis contra a criança, violência severa cometida pelos pais/responsáveis contra a criança, agressão verbal ocorrida entre os pais/responsáveis e a violência que ocorre entre eles. São caracterizadas por ações ocorridas durante a vida da criança, que presenciam uma pessoa da família em conflito com outra. Tem como opções de resposta:

nunca, algumas e muitas vezes. A *agressão verbal* é caracterizada pelo uso de meios simbólicos ou verbais que ferem ou agredem a criança, estando as seguintes atitudes cometidas pelo pai ou mãe: xingar ou insultar, ficar emburrado, chorar, fazer coisas para irritar, destruir, bater ou chutar objetos. A *violência severa* é caracterizada por chute, mordida ou murros, espancamento, ameaça ou uso de arma ou faca. E a *violência que ocorre entre os pais* configura-se por jogar objetos um contra o outro, empurrar, dar tapas ou bofetadas, murros, chutar, bater ou tentar bater com objetos, espancar, ameaçar ou realmente usar armas de fogo ou faca. A *violência ocorrida entre os irmãos* também foi aferida através de dois itens: brigas entre os irmãos a ponto de se machucarem e um ter humilhado o outro. Uma ou mais resposta positiva em uma dessas violências torna a criança um caso na vitimização aferida. A validade de constructo de cada forma de violência foi estudada através da observação de que todas se correlacionam entre si (correlação de *Pearson*). Quanto à confiabilidade, verificaram-se os seguintes coeficientes de α Cronbach para as dimensões estudadas: 0,82 para violência severa cometida pelo pai contra a mãe e 0,74 da mãe contra o pai, 0,5 para agressão verbal do pai dirigida à criança e 0,43 da mãe contra a criança, 0,67 para agressão verbal do pai contra a mãe e 0,6 da mãe contra o pai, 0,44 para a violência entre os irmãos.

Violências que ocorrem na escola e na comunidade avaliadas através de escalas utilizadas pela ONU em pesquisas sobre violações auto-assumidas (*self reported offenses*). No Brasil vem sendo empregado pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente - ILANUD/ONU (Kahn et al., 1999). É aferida a vitimização do adolescente na escola e comunidade no último ano, através de oito perguntas dicotômicas que incluem ter sido: humilhado, ameaçado,

agredido fortemente a ponto de necessitar de cuidados médicos, ter tido objetos danificados propositalmente, ter convivido com pessoas que carregam armas brancas ou de fogo, ter sido vítima de roubo ou furto. Pelo menos um item positivo caracteriza a criança vítima de violência no âmbito correspondente. No estudo da validade de constructo, ambas as escalas correlacionaram-se entre si (coeficiente de *Pearson*=0,244; $p<0,001$) e com o comportamento de retraimento/depressão (CRD) (coeficiente de *Pearson*=0,130 para CRD X violência na escola; coeficiente de *Pearson*=0,220 para CRD X violência na localidade; $p<0,001$). Para a violência na escola o α Cronbach obtido foi de 0,53 e para a na comunidade 0,51.

ANÁLISE DOS DADOS

Numa primeira abordagem dos dados, realizou-se a descrição bivariada de algumas características socioeconômicas e demográficas da criança e dos pais/responsáveis segundo os tipos de violência e da presença do comportamento de retraimento/depressão em nível clínico/limítrofe; comparando as proporções através do teste χ^2 , considerando um nível de significância de 5%.

Numa segunda etapa, os dados foram analisados através da Análise de Correspondência Múltipla (ACM) que se configura como uma técnica multivariada, descritiva e exploratória que examina relações geométricas do cruzamento de variáveis categóricas, sendo apropriada no estudo de dados populacionais no sentido de uma técnica não-inferencial (Greenacre, 1981; Clausen, 1998). O objetivo principal foi definir o padrão clínico, limítrofe e não-clínico do comportamento de retraimento/depressão quanto à vivência ou não de situações de violência. Baseia-se na interpretação das

plotagens das distâncias geométricas, onde cada ponto representa uma categoria das variáveis analisadas, podendo ser interpretadas como associações. A grande vantagem da análise de correspondência é a não-realização de suposições *a priori* sobre a distribuição dos dados, no entanto não possibilita generalizações para outras amostras. É útil no estudo exploratório dos fatores de risco, bem como na identificação de grupos que possuem os mesmos predisponentes.

A inércia foi a medida utilizada para definir a proporção explicada por cada dimensão. As soluções alcançadas através da decomposição da matriz de Burt não são ideais, pois superestimam o resultado da inércia total. Portanto, o método denominado de “ajuste das inércias” foi empregado para definir o número de dimensões que melhor decompõe a inércia (Greenacre, 2007). Nessa abordagem, o número de dimensões foi determinado pelo inverso do número de variáveis.

Para a confirmação dos agrupamentos verificados na ACM, utilizou-se a análise de *cluster*, empregando-se o método de aglomeração denominado *average*. Essa análise é apresentada através do gráfico do tipo dendograma, que permite a comparação com os resultados encontrados na ACM. O *software* utilizado para a análise de correspondência múltipla e análise de *cluster* foi o R 2,6.1, através dos seguintes pacotes estatísticos: *packages ca, lattice, stats* e *rgl* (www.r-project.org).

Primeiramente, os agrupamentos entre os tipos de violência vividos ou não pela criança foram explorados, para depois investigar o padrão de comportamento retraimento/depressão com as formas de vitimização pela violência.

RESULTADOS

Como observado na Tabela 1, a maior parte das questões de perfil sócio-demográfico das crianças e suas famílias não se mostra associada ao comportamento de retraimento/depressão,

nem às formas de violências investigadas. A exceção se dá na análise de algumas associações. O comportamento retraído/depressivo das crianças está associado às famílias constituídas por padrasto ou madrasta e às mães/reponsáveis com faixa etária mais jovem. Constata-se também maior prevalência da perpetração da violência cometida pelas mães com idade até 39 anos. Além disso, pais que agridem os seus filhos estão mais prevalentes nas famílias onde o casal mora junto. O sexo masculino, como não é surpresa, está associado às várias formas de vitimizações violentas, tanto em casa como no local de moradia. Observa-se também que as crianças mais novas são mais vítimas da violência na comunidade.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas das crianças escolares segundo o comportamento limítrofe/clínico de retraimento/depressão e os tipos de violência. São Gonçalo/Rio de Janeiro (2005).

Perfil sociodemográfico	Retraimento/ Depressão (limítrofe/clínico)	Violência severa da mãe	Violência severa do pai	Violência na Escola	Violência na Comunidade
Sexo					
Feminino	23 (9,8%)	123 (53,2%)*	44 (21,4%)**	102 (44%)	50 (21,6%)*
Masculino	27 (11,1%)	152 (63,9%)*	66 (29,5%)**	101 (42,4%)	75 (31,5%)*
Idade					
6-9 anos	44 (10%)	252 (58,5%)	99 (25,3%)	187 (43,5%)	109 (25,3%)**
10 anos ou mais	6 (14,6%)	23 (60,5%)	11 (28,2%)	16 (40%)	16 (40%)**
Estrato Social					
A+B	1 (4,8%)	13 (68,4%)	5 (27,8%)	9 (42,9%)	6 (28,6%)
C+D+E	46 (12,1%)	221 (58,3%)	96 (26,1%)	164 (44%)	104 (28%)
Cor da Pele					
branca	12 (7,7%)	88 (58,7%)	34 (23,6%)	68 (44,4%)	43 (28,3%)
negra	6 (10,3%)	41 (73,2%)	14 (25,9%)	27 (48,2%)	20 (35,7%)
parda	30 (11,6%)	139 (54,5%)	60 (26,5%)	103 (40,7%)	61 (24%)
amarela/indígena	1 (33,3%)	2 (66,7%)	1 (50%)	-	-
Idade da mãe/responsável					
até 29 anos	25 (14,5%)**	104 (60,5%)*	44 (27,5%)	87 (50,6%)	51 (29,7%)
30-39 anos	20 (8,9%)**	141 (63,8%)*	48 (24,1%)	89 (40,5%)	59 (26,9%)
40-49 anos	5 (9,4%)**	19 (38%)*	9 (19,6%)	18 (36%)	9 (17,6%)
50 anos ou mais	-	9 (40,9%)*	7 (33,3%)	8 (38,1%)	5 (23,8%)
Estrutura Familiar					
pai+mãe	26 (10,2%)*	146 (57,9%)	75 (30,1%)**	100 (40,2%)	60 (24,2%)
padrasto/madrasta	17 (19,8%)*	52 (60,5%)	15 (17,9%)**	42 (48,8%)	25 (29,1%)
um dos pais	5 (4,2%)*	67 (60,9%)	17 (21,3%)**	50 (43,5%)	36 (31%)
sem pai nem mãe	1 (5,6%)*	9 (50%)	2 (13,3%)**	9 (52,9%)	3 (17,6%)

* Teste qui-quadrado $p < 0,05$

** Teste qui-quadrado $p < 0,10$

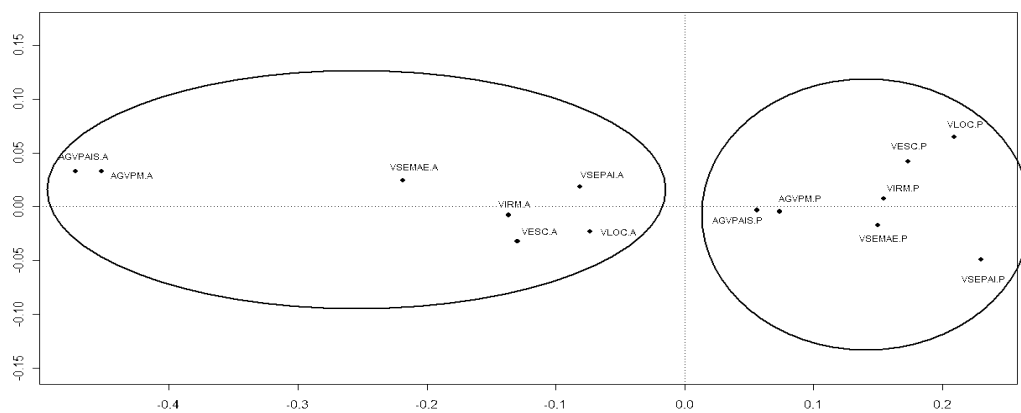
O Gráfico 1 apresenta os resultados da análise de correspondência com as variáveis de violências vividas ou não pela criança no ambiente familiar, escolar e da comunidade,

verificando-se a constituição de dois grupos com aproximadamente 67% da inércia total explicada:

- a) ausência de vitimização de violência na família, na escola e na comunidade; e
- b) presença da vitimização de violência no contexto da família, escolar e comunitário.

Cabe destacar que em ambos os grupos, mas de forma mais destacada no primeiro grupo há pequeno agrupamento à esquerda constituído pelas variáveis de agressão verbal ocorridas na família, o que sugere a natureza diferenciada desse constructo, que engloba aspectos de violência psicológica. Vale lembrar que, na escala de severidade da violência, a agressão verbal é tida como a mais leve, mas nem por isso menos danosa.

Gráfico 1- Plotagem das duas dimensões da ACM para a presença ou não da vitimização pelas violências (67% da inércia). São Gonçalo/Rio de Janeiro, 2005 (n=479).



AGVPAIS: Agressão verbal entre pais
 AGVPM: Agressão verbal dos pais contra a criança
 VSEMAE: Violência severa da mãe contra a criança
 VSEPAI: Violência severa do pai contra a criança
 VIRM: Violência entre irmãos

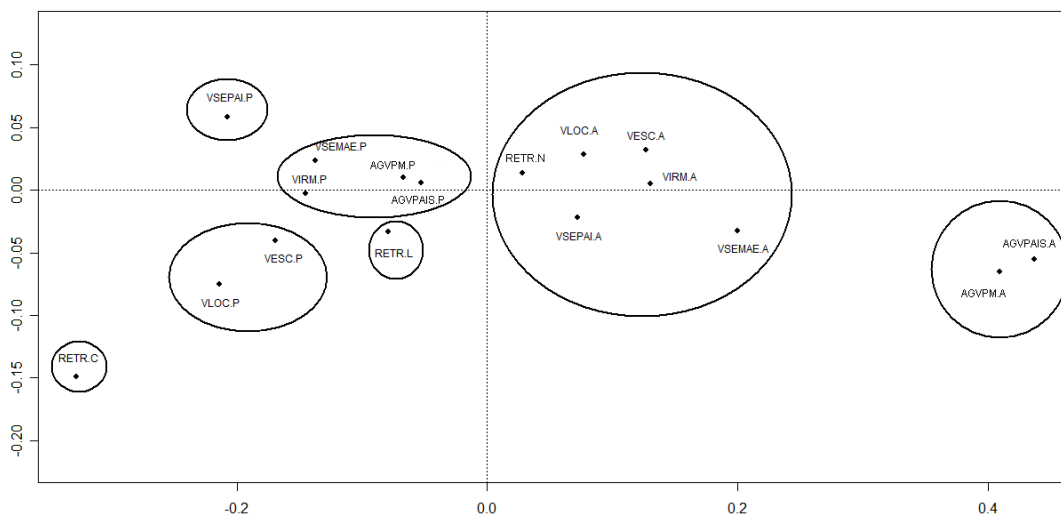
VESC: Violência escolar
 VLOC: Violência na comunidade
 A: Ausente
 P: Presente

No que se refere à ACM do comportamento de retraimento/depressão e às várias formas de vitimização de violência, três dimensões foram obtidas com 64,3% do total da inércia explicada. No Gráfico 2, sob uma vertente bidimensional, observa-se a constituição de sete grupos. No lado esquerdo, a presença de diferentes formas de violência na família tende a se

agrupar, ficando um pouco mais isolada a violência cometida pelo pai contra a criança. As violências ocorridas fora de casa formam um outro grupo. E, o comportamento retraimento/depressão clínico e limítrofe formam grupos independentes, mas mais próximos de todas as formas de violência do que os outros agrupamentos do lado oposto que se configuram pela ausência desses episódios. No lado direito, dois grupos mais homogêneos são formados: um caracterizado pela amostra de crianças que não denotam comportamento de retraimento/depressão nem violências familiares, escolar e na comunidade; e um outro grupo formado pela ausência de agressões verbais entre os membros da família, novamente indicando uma certa diferenciação entre agressões verbais dos pais e as formas físicas de violências familiares, violência comunitária e escolar.

Apesar de a análise indicar essa variedade de agrupamentos, pode-se sugerir a existência de dois grandes grupos: o do lado direito, constituído pelas diferentes formas de violência e o comportamento de retraimento/depressão em nível clínico e limítrofe; e outro grupo configurado pela amostra de crianças que não reportam violências e não indicam o comportamento estudado.

Gráfico 2 - Plotagem das três dimensões da ACM para o comportamento de retraimento/depressão e a presença ou não dos tipos de violência (64,3% da inércia). São Gonçalo/Rio de Janeiro, 2005 (n=479).

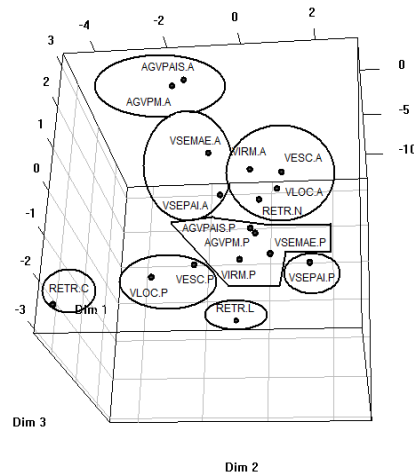


AGVPAIS: Agressão verbal entre pais
 AGVPM: Agressão verbal dos pais contra a criança
 VSEMAE: Violência severa da mãe contra a criança
 VSEPAI: Violência severa do pai contra a criança
 VIRM: Violência entre irmãos
 VESC: Violência escolar
 VLOC: Violência na comunidade

RETR.C: comportamento clínico retraimento/depressão
 RETR.L: comportamento limítrofe retraimento/depressão
 RETR.N: comportamento não-clínico retraimento/depressão
 A: Ausente
 P: Presente

Com a intenção de apurar o resultado verificado anteriormente, o Gráfico 3 apresenta os grupos formados pela análise de *cluster* numa abordagem tridimensional. No gráfico 4 os agrupamentos são apresentados através do dendograma. A ideia central descrita no Gráfico 2 se mantém, mas agora com menor distinção entre os grupos.

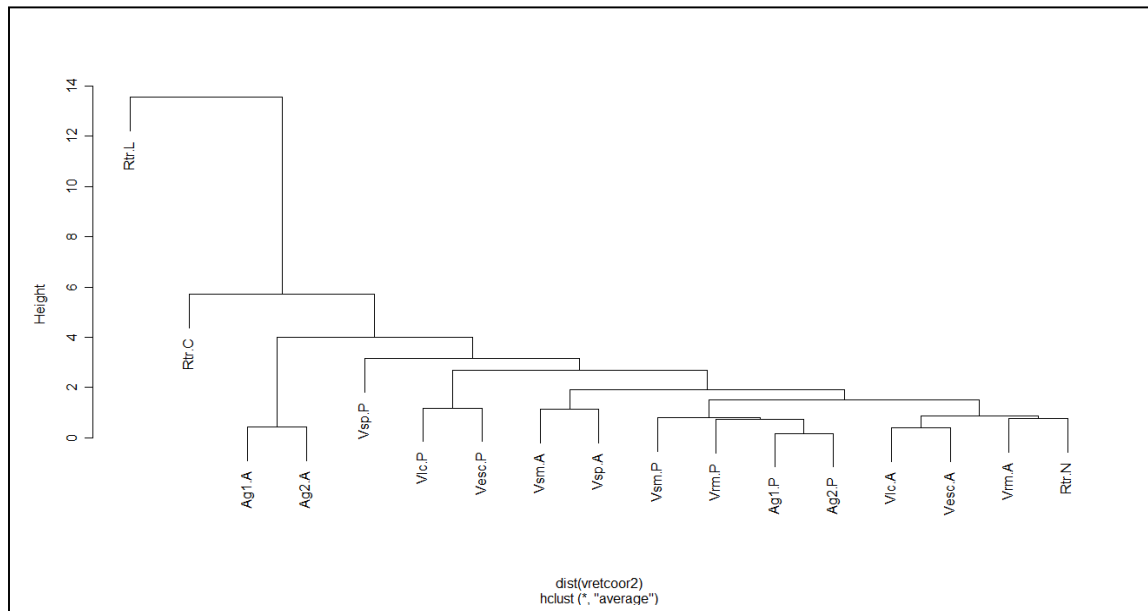
Gráfico 3 - Plotagem tridimensional da ACM para o comportamento de retraimento/depressão e a presença ou não dos tipos de violência. São Gonçalo/Rio de Janeiro, 2005 (n=479).



AGVPAIS: Agressão verbal entre pais
 AGVPM: Agressão verbal dos pais contra a criança
 VSEMAE: Violência severa da mãe contra a criança
 VSEPAI: Violência severa do pai contra a criança
 VIRM: Violência entre irmãos
 VESC: Violência escolar
 VLOC: Violência na comunidade

RETR.C: comportamento clínico retraimento/depressão
 RETR.L: comportamento limítrofe retraimento/depressão
 RETR.N: comportamento não-clínico retraimento/depressão
 A: Ausente
 P: Presene

Gráfico 4: Dendrograma da análise de cluster hierárquica com as coordenadas das três dimensões. São Gonçalo/Rio de Janeiro, 2005 (n=479).



AG1: Agressão verbal entre pais

AG2: Agressão verbal dos pais contra a criança

VSM: Violência severa da mãe contra a criança

VSP: Violência severa do pai contra a criança

VSM: Violência entre irmãos

VEsc: Violência escolar

VLO: Violência na comunidade

RTR.C: comportamento clínico retraimento/depressão

RTR.L: comportamento limítrofe retraimento/depressão

RTR.N: comportamento não-clínico retraimento/depressão

A: Ausente

P: Presença

DISCUSSÃO

Os resultados apresentam dados inéditos sobre a violência e o comportamento infantil. O agrupamento das diferentes formas de violências confirma a existência do “ciclo de violência” na vida das crianças, reforçando o achado de que a criança vitimada pela violência é mais exposta a uma série de episódios dessa natureza nos diversos ambientes em que convive (Kochenderfer & Ladd, 2003). Cabe ressaltar a separação constante da agressão verbal na família de todas as outras formas de violência no ambiente familiar e fora dele. Pouco se sabe sobre essa real diferenciação. A hipótese

levantada é que essa forma de se relacionar caracteriza-se por atitudes banalizadas, sem contato físico e naturalmente aceitas nas relações familiares, diferentemente das outras violências, muito mais ameaçadoras e rejeitadas socialmente.

Avançando a compreensão ao contexto da depressão e da experiência com a violência, duas conclusões são observadas: a não-vivência de experiências violentas é característica da ausência do comportamento de retraimento/depressão; e, embora o comportamento depressivo, clínico ou limítrofe, esteja mais próximo do que o não-clínico às várias vitimizações de violência em crianças, essas agressões por si só não sugerem a existência do quadro depressivo. Nesse cenário pouco claro, outros fatores entram em cena e são importantes para a ocorrência da depressão em crianças. E, outras explicações contribuem para o melhor entendimento do contexto violências-depressão-criança.

Primeiramente, o isolamento característico do comportamento depressivo poderia proteger a criança da exposição à violência, em especial a que acontece na escola e na vida social. Essa tendência ocorreria também na família, uma vez que o comportamento mais introvertido pode não incitar os pais à agressão na educação de seus filhos, ou fazer a criança desviar-se de situações que trazem ainda mais mal-estar. Outro ponto de vista é destacado por Finkelhor, Ormrod e Turner (2007) que enfatiza a persistência da vitimização da violência mais como uma condição pessoal do que a real ocorrência do evento, onde parece estar o elo com a depressão.

A experiência da criança com a violência não é apenas determinada pela natureza do evento violento, mas principalmente pela sua capacidade em avaliá-lo e percebê-lo, de responder e lidar com o perigo e de buscar apoio no ambiente para protegê-la e lhe dar

segurança (Finkelhor & Kendall-Tackett, 1997). Então, a habilidade em lidar com a violência é intrinsecamente relacionada à capacidade inter-relacionada da cognição, emoção e física da criança (Marans & Adelman, 1997). Mais ainda, é o contexto subjetivo, baseado nas crenças, expectativas e desejos pessoais, que vai determinar a representação e o impacto da violência na vida de uma criança (Harris, 1989).

Contudo, nas crianças deprimidas a subjetividade está fortemente enviesada emocionalmente, distorcendo a relação entre afeto e pensamento, acarretando um funcionamento patológico (Magai & Mcadden, 1995). Pesquisas têm mostrado que crianças e adultos felizes percebem e avaliam situações diferentemente daquelas tristes (Stegge et al., 1995). Para as crianças depressivas, a tristeza é a emoção que marca suas experiências, estando o pensamento fortemente dominado pela perda, morte e fracasso. Nelas o pensamento negativo está intensificado, atribuindo mais a si o motivo para os infortúnios, o que resulta em baixa auto-estima (Harter, 1990). Essa percepção enviesada pela emoção promove total passividade, fazendo com que as crianças deprimidas lidem com situações problemáticas através do retraimento ou da evitação.

Apesar disso, é preciso destacar a particularidade da infância na vivência do estado depressivo e da experiência violenta, potencialmente adversa e traumática. Sabe-se que nessa fase as emoções ainda estão se desenvolvendo. Não é fácil para uma criança lidar e compreender experiências com tamanha carga emocional, estando a sua integridade física ou de quem ama ameaçada. Mais ainda, numa criança com características emocionais já instáveis, crescer num ambiente violento pode ser ainda mais danoso, sendo um solo fértil a outras vitimizações. Nesse cenário, essas experiências ganham uma maior magnitude engendrando culpa, vergonha, tristeza e

retraimento, o que pode formar a existência de uma constelação depressiva, difícil de ser rompida, em face da percepção distorcida que alimenta a condição de vítima e da depressão. Além do mais, muito frequentemente crianças deprimidas são também ansiosas e agressivas. E, esses quadros psicopatológicos são ainda mais complexos, quando outros fatores estão presentes, como a história familiar de problemas psiquiátricos.

Assim, urge a necessidade do desenvolvimento de programas e políticas públicas que englobem o contexto da vida infantil na comunidade e na escola, e também da mídia, já que exercem força no comportamento e na vitimização da violência. O enfoque exclusivamente nas famílias tende a impacto limitado. O desafio se configura em apoiar as famílias a lidar com a violência, capacitando-as para serem consistentes e dar apoio às necessidades das crianças, seja através da proteção concreta da violência ou através do incremento de sua auto-estima e da orientação em lidar com os problemas com eficiência. Um outro ponto prioritário diz respeito à identificação, investigação e interrupção da condição de vitimização de crianças e adolescentes.

Algumas limitações devem ser consideradas na análise desses resultados. A primeira diz respeito à abordagem metodológica, basicamente descritiva, onde a dicotomização das variáveis de violência deixa de considerar a intensidade e a frequência com que essas situações são vividas. Sabe-se que a violência existe em *continuum* e representa uma variedade de práticas educativas e relacionais, indo desde a total ausência de qualquer interação a ataques violentos severos. Outro ponto diz respeito ao tipo de informante. Nos transtornos afetivos ouvir a criança é bastante indicado.

Por fim, apesar de ser certo que violências e rejeições prejudicam o desenvolvimento infantil, nem todas as crianças que vivem em ambientes violentos desenvolvem problemas depressivos ou psicopatológicos. Pesquisas futuras precisam aprofundar a investigação dos fatores que protegem a criança, com destaque ao contexto dos amigos e da rede de suporte social, que podem protegê-la tanto das vitimizações quanto de suas conseqüências. Pouco também é conhecido sobre a natureza da vida familiar das crianças que sofrem muitas vitimizações, dos fatores sócio-demográficos e estressores ambientais que impactam o núcleo familiar e a criança. Estudos mais analíticos e com abordagem qualitativa podem contribuir muito nessa direção.

Referências

ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. 2001. *Manual for the ASEBA School-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2000. *Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; SANTOS, N.C.; MALAQUIAS, J.V.; OLIVEIRA, R.V.C. 2004. Violência e representação social em adolescentes no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (1): 1020-4989.

ASSIS, S.G.; PESCE, R.P.; AVANCI, J. 2006. *Resiliência: enfatizando a proteção na adolescência*. Porto Alegre: Artmed.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS (ABIMEPE). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: março de 2005.

BELL, C.C.; JENKINS, E.J. 1993. Community violence and children on Chicago's southside. In: REISS, D.; RICHTERS, J.E. *Children and Violence*. New York: Guilford. p.46-54.

BORDIN, I.A.; PAULA, C.S.; DUARTE, C.S. 2006. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 28: 290-296.

BORDIN, I.A.S.; MARI, J.J.; CAEIRO, M.F. 1995. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*; 17(2): 55-66.

BRASIL, H.H.A. 2003. *Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School aged children present and lifetime version) e estudo de suas propriedades psicométricas*. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

BRODY, G.H.; CONGER, R.; FREDERICK, X.G.; XIAOJIA GE, V.M.M.; GERRARD, M.; SIMONS, R.L. 2001. The Influence of Neighborhood Disadvantage, Collective Socialization, and Parenting on African American Children's Affiliation with Deviant Peers. *Child Development*; 72 (4): 1231-1246.

CLAUSEN, S.E. *Applied correspondence analysis: an introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

COOK-COTTONE, C. *Childhood Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis, Treatment, and School Reintegration*. *School Psychology Review*. 2004; 33: 35-36.

DADDS, M.R.; SANDERS, M.R.; MORRISON, M.; REBGETZ, M. Childhood depression and conduct disorder: II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*. 1992; 101:505-513.

FINKELHOR, D.; KENDALL-TACKETT, K. A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. In: CICCHETTI, D.; TOTH, S.L (eds.). *Rochester symposium on developmental psychology: developmental perspective and trauma: theory, research and intervention*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1997. v. 8, p. 1-32.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R.K.; TURNER, H.A. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31: 479-502.

GARBARINO, J.; SHERMAN, D. High-risk neighborhoods and high risk-families: the human ecology of child maltreatment. *Child Development*. 1980; 51, 188-198.

GORMAN-SMITH, D.; TOLAN, P. The role of exposure to community violence and developmental problems among inner-city youth. *Dev. Psychopathol*. 1998; 10:101-116.

GREENACRE, M.J. *Practical correspondence analysis*. In: *Looking at multivariate data*. New York: J.Wiley & Sons, 1981. p.81-107.

HADDAD, J.D.; BAROCAS, R.; HOLLENBECK, A.R. Family organization and parent attitudes of children with conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1991; 20:152-161.

HARRINGTON, R.; RUTTER, M.; FOMBONNE, E. Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents and endpoints. *Development and Psychopathology*. 1996; 8: 601-616.

HARRIS, P.L. *Children and emotion. The development of psychological understanding*. Oxford: Blackwell, 1989.

HARTER, S. Causes, correlates, and the functional role of the simultaneity of two emotions: a five-stage acquisition sequence. *Developmental Psychology*. 1990; 23:388-399.

HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalência semântica e de mensuração. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(4): 1083-1093.

KAHN, T. et al. *O dia-a-dia nas escolas (violências auto-assumidas)*. São Paulo: Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente (ILANUD); Instituto Sou da Paz, 1999.

KAUFMAN, J.; CICCETTI, D. Effects of maltreatment on children's socioemotional development: Assessments in a day-camp setting. *Developmental Psychology*, 1989; 25: 516-524.

KOCHENDERFER LADD, B. Identification of aggressive and asocial victims and the stability of their peer victimization. *Merrill-Palmer Quarterly*. 2003; 49(4):401-425.

MAGAI, C.; MCFADDEN, S.H. *The role of emotions in social and personality development*. New York: Plenum, 1995.

MARANS, S.; ADELMAN, A. Experiencing violence in a developmental context. In: OSOFSKY, J. *Children in a Violent Society*. New York: Guilford, 1997. p.202-222.

MINAYO, M.C. et al. *Fala galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MORAES, C.; REICHENHEIM, M. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2002; 79(3): 269-277.

NANSEL, T.R.; OVERPECK, M.; PILLA, R.S.; RUAN, W.J.; SIMONS-MORTON, B.G.; SCHEIDT, P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association*. 2001; 285: 2094-2100.

OSHIRO, F. A. B. *Depressão e violência familiar: estudo de irmãos vítimas de maus-tratos e abandono*. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, 1994.

OSOFSKY, J.D.; WEWERS, S.; HANN, D.M.; FICK, A.C. Chronic community violence: what is happening to our children? In: REISS, D.; RICHTERS, J.E. *Children and Violence*. New York: Guilford, 1993. p.36-45.

PYNOOS, R.S.; ETH, S. *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985.

RIGBY, K. Health consequences of bullying and its prevention in schools. In: J.Juvonen; S.Graham (eds.). *Peer harassment in school: the plight of the vulnerable and victimized*. New York: Guilford Press, 2003; p.310-331.

ROGERS, M.J.; HOLMBECK, G.N. Effects of interparental aggression on children's adjustment: the moderating role of cognitive appraisal and coping. *J. Fam. Psychol.* 1997; 11:125-130.

SANDERS M.R., DADDS M.R., JOHNSTON B.M., CASH R. Childhood depression and conduct disorder: I. Behavioral, affective, and cognitive aspects of family problem-solving interactions. *Journal Abnormal Psychology*, 1992; 101: 495-504.

SILVARES, E.F.M.S. Avaliação diagnóstica do abuso físico na infância: implicações clínicas e de pesquisa. In: BRANDÃO, M.Z.S. (org.). *Sobre comportamento e cognição*. Santo André: ESETec Editores Associados, 2004. p. 9-37.

SPACCARELLI, S. Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychol. Bull.*1994; 116: 340-362.

STEGGE, H.; MEERUM TERWOGT, M.; KOOPS, W. Mood congruity in children: effects of age, imagery capability and demand characteristics. *International Journal of Behavioral Development*. 1995; 18: 177-191.

STERNBERG, K.J. et al. Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology*. 1993; 29: 44-52.

STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. *Physical Violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8.145 families*. New Brunswivk, London: Transaction Publishers, 1995.

STRAUS, M.A. Measuring familiar conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*. 1979; 41: 75-88.

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION. Principal/School Disciplinarian Survey on school violence. *Fast Response Survey System*, 63. Washington, D.C: Natl. Cent. Educ. Stat., 1997. Disponível em: <http://nces.ed.gov/pubs98/violence/98030003.html>.

WEISEL, D.L. Analysing repet victimzations. In: THE OFFICE OF COMMUNITY ORIENTED POLICING SERVICES (ed.). *Problem-oriented guides for police: problem-solving tool series*. Washington: U.S.Department Justice, 2005.

WECHSLER, D. WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual-Adaptação e Padronização Brasileira. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

4.2. Artigo 2: WHICH PSYCHOSOCIAL FACTORS ARE PREDICTORS OF WITHDRAWN BEHAVIOR/DEPRESSION IN CHILDHOOD? A study about family violence and other risk factors in a Brazilian low-income school sample⁵

Background: Childhood depression impacts on the level of morbidity and mortality and disrupts normal development. The present study examines which psychosocial factors increase the risk of childhood depression, with special focus on family violence. **Method:** Four hundred and sixty-four caregivers of school children aged 6 to 10 years were interviewed. The sample of children was recruited among first grade students of public elementary schools of a city in the state of Rio de Janeiro/Brazil. Prevalence of depression (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), social-demographic, family and individual variables were investigated during a face-to-face interview with caregivers. **Results:** Ten per cent of the children (CI 7,70-13,17) were identified with withdrawal behavior/depression. Hierarchical Regression analysis showed that living with stepparents (OR 2,3; 95% CI 1,10 to 5,26), bad or regular relationship with the father (OR 2,4; 95% CI 1 to 5,98), marital violence (OR 2,6; 95% CI 1,17 to 5,95), humiliation of the child by relatives (OR 4,9; 95% CI 1,6 to 14,88), low self-esteem (OR 2,7; 95% IC 1,12 to 6,46) and externalizing behavior problems (OR 2,5; 95% IC 1,06 to 5,98) were associated to withdrawal behavior/depression in childhood. **Conclusions:** The results point to multiple determinants of depressive behavior in children, as well as to potential contribution of marital violence. The results also reveal potential key targets for early intervention, especially for children from highly vulnerable families.

Keywords: depression; child; violence; risk factor.

⁵Artigo a ser encaminhado ao *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Autores: Joviana Avanci (psicóloga, doutoranda em Saúde da Criança e da Mulher/IFF/Fiocruz), Simone Assis (médica, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública e do CLAVES/Fiocruz), Raquel Oliveira (estatística, pesquisadora assistente do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz), Thiago Pires (estatístico, pesquisador colaborador do CLAVES/Fiocruz).

Depression impacts on the morbidity, mortality and life functioning of children. Nowadays, investigators are widely discussing the increase of depression during the last decades in more recent cohorts (Costello et al, 2006). Formal psychiatric diagnoses estimate that 0.3% to 7.8% of children younger than 13 years suffer from depression disorder (Steinhausen & Winkler Metzke, 2003; Costello et al, 2006). In Brazil, Fleitich-Bilyk & Goodman (2004) estimate that approximately 3.4 million children and adolescents between 7 and 14 years suffer from at least one DSM-IV disorder.

Depression is not simply a disorder of mood regulation; it also involves alterations in the physiology and in the cognitive and social functioning of children, and requires comprehension of developmental integration processes at multiple levels of biological, psychological and social complexity within individuals (McCauley et al, 2001).

Individual, family and environmental factors have been documented as risk pathways to childhood depression. Individual factors include age, gender, psychological and physical vulnerability (Angold et al., 1999); functional impairment (Puig-Antich et al, 1993); comorbidity with other disorders (Lewinsohn et al, 1994); emotionality, lowered sociability, low sense of self-worth and social competence difficulties (Harter, 1990; Rudolph et al, 1997; Goodyer et al, 1993). Family factors associated with children's vulnerabilities consist of family and marital discord (Bird et al, 1988); parental depression (Berdlslee & Wheelock, 1994); rejection and low involvement with the child (Whitbeck et al, 1992); lack of responsiveness to maternal discipline (Goodyer & Altham, 1991); losses related to parental divorce, separation and death (Goodyer et al, 1997), and history of insecure attachment relationship (Kobah & Sceery, 1988). Finally,

environmental factors are daily hassles, stressful or traumatic life events (Goodyer, 2001), lack of social support and poor friendships (Birmaher et al, 1996; Lewinsohn et al, 1993).

Although there is evidence for interaction of genetic and environmental factors in the development of depression, in the prepubertal period the genetic influence seems to be low and the disorder tends to be more strongly linked to environmental factors (Rutter et al, 2006).

Family Violence and Childhood Depression

Children's experience with violence, as victims or witnesses, has become a worldwide public health problem of epidemic proportions (Pynoos, 1993). When violence occurs in the family, supposed to provide safety and support to the child, it is even more dramatic. In the United States, Straus et al. (1997) reported prevalence rates for corporal punishment in a range of 615 per 1000 children and at least 3.3 million children witness domestic violence each year in that country (Pelcovitz et al, 1994). Children who have been exposed to or witnessed violence at home are more likely to perpetuate the cycle of violence. For instance, in 60-75% of homes where interparental abuse occurs, children are also abused (Osofsky, 1999). In addition, battered women are more likely to abuse their children than non-battered women (Straus & Gelles, 1990). There are high-risk factors - such as poverty, family dysfunction and substance abuse - and vulnerable groups such as males, ethnic minorities and inner-city populations (Sharfstein, 2006) In addition, children belonging to these groups can be more vulnerable to the impact of traumatic events due to the cumulative effects and for having less access

to mental health services - while approximately half of these vulnerable children have a diagnosis of mental health problems, 75% of them do not receive treatment (Burns et al, 2004).

The short and long-term effects of family violence on child development have been extensively studied. Prior studies suggest that children are more affected by violence that impacts directly on them. They may blame themselves and have feelings of shame, guilt, lack of trust, low self-esteem, and depression. (Horn & Trickett, 1998). Being a victim of violence can be expected to cause greater harm than being a witness. Likewise, observing violence among relatives in one's home is likely to be more stressful for a child than seeing similar acts committed by strangers in the community. Nonetheless, the impact of witnessing violence causes negative effects, since children may perceive the world as insecure, adults as untrustworthy, and events as unpredictable or uncontrollable (Campbell & Lewandowisk, 1997).

Children exposed to family violence, including rejection and hostility, are more likely to suffer psychiatric disturbances than those who are not exposed to such violence (Sternberg et al 1993; Reynolds et al, 2001). A violent home environment tends to provide low support, low family cohesion and poorer communication, besides being a negative model for thinking and coping. Steven Sharfstein (2006) stated that interpersonal violence, especially violence experienced by children, is the largest single preventable cause of mental illness. 'What cigarette smoking is to the rest of medicine, early childhood violence is to psychiatry' (Harris et al, 2007; Margolin & Gordis, 2000). The experience of violence triggers traumatic deregulations of neurobiological, cognitive,

social and affective processes that have different manifestations depending on the child's developmental stage (Pynoos et al, 1999).

Studies exploring the relationship between family violence and depression have yielded inconsistent results. Interestingly, observational investigations indicate that depressed young people may not express negative affect and may show high levels of positive affect (Sanders et al., 1992). In order to investigate the relation between violence and depression, the current study intends to investigate which psychosocial factors increase the risk for onset of depression in childhood. It aims to: (1) add findings about the relation between depression and a variety of psychosocial factors in an understudied low-income sample; (2) suggest direct and indirect effects of family violence on child depression; (3) verify which specific psychosocial factors are predictors of child depression.

Method

Study Design and Background

This study is based on a longitudinal investigation designed to assess risk factors, especially the impact of violence, and protective factors against mental health problems in school children.

The research project obtained clearance from the Human Research Ethics Committee of the Oswaldo Cruz Foundation and written informed consent was obtained from each caregiver and from the directors of participating schools. The project also obtained authorization from the local education authority. In cases, where severe physical

and sexual abuse was reported, the interviewers indicated a specialized protection center, which is part of the local public service.

Participants

The sample was recruited among first grade students of the public elementary schools of São Gonçalo, a municipality in the state of Rio de Janeiro/Brazil. The multi-stage cluster sampling strategy involved a three-stage design, which included all 54 public schools, 236 first grade classes and 6589 children. In the first stage, 25 schools were systematically selected with probability proportional to the size of the whole sample. In the other two-stages, two classes per school and ten students per class were selected by simple random sampling. Each child's caregiver was invited for an interview. This sample design resulted in a systematic self-weighted sample allowing very little variation between the final survey weights.

One per cent of recruited participants refused to take part in the study and approximately 35% were substituted by the next in the sample list, mainly due to mistakes in the original school list and to cases of disease that made children miss school. Sample representation was examined by comparing the maternal and paternal educational level and family income of the sample with the data of the whole adult population. The interviewed mothers and fathers had a lower educational level than the women and men living in the city in general: 56.5% against 63.4% of female residents and 56.1% against 52.6% of male residents had less than 8 years of education. A similar difference was found with regard to the average family income per month: approximately \$426,00 in the whole city and \$304,00 in the studied sample. Although little differences were found, no bias was introduced. These

differences were expected seen that the investigated sample came exclusively from public schools, where the majority of low-income children study.

Eighty four per cent of all interviewed caregivers were mothers, 4% fathers, 9% female relatives and 3% other people close to the family. Interviews were excluded from the analysis when the child had an $IQ \leq 69$ (Wechsler Intelligence Scale for Children III) (Wechsler, 2002).

The data are based on the first wave of data collection, 2005. The sample consisted of 464 children ranging from 6 to 10 years, with a mean age of 8 years. Of the total number of sample members 52% were male, 48% female; 33% were identified by the respondent as white, 66% as black, and 1% as other ethnic background. Only 13% of mothers and 17% of fathers had 11 or more years of education and 42% of mothers and 14% of fathers were unemployed. With regard to income, only 6% of the families have a per capita income higher than 1 minimum wage (US\$155), while 69% reported an income of less than $\frac{1}{2}$ of a minimum wage per capita. In terms of family configuration, 54% of the children lived with both parents, 17% with only one of them, 25% with one of the parents/stepparent, and 4 % of them lived with other relatives.

São Gonçalo, a low-income municipality situated in the state of Rio de Janeiro, southeast of Brazil, is the second-biggest city in the state with a population density of 12.946 inhabitants per square kilometer. In 2007, São Gonçalo had a population of approximately 1 million people, 1/3 of them children and adolescents. The city occupies the 995th position in the Index of Childhood Development in the country (UNICEF, 2004). Basic services including electricity, sanitation and drink-water supply are not

provided to the whole population; in addition, people have difficult access to health services. Violence and accidents occupy the third place among the causes of death in the city: 13.6% of all deaths in 2005.

Procedure and measures

Parents, preferably the mother, were invited to an interview in the school through letters handed over by their children. The caregivers participated in a face-to-face, highly structured 1-hour interview designed for collecting a variety of information about variables such as socio-demographic and family characteristics, violence and other life events, and behavioral problems of the children including withdrawal/depression. These measures were divided into three main groups according to a hypothetic strength relation (distal to more proximal impact): socio-demographic characteristics, family variables and individual variables of the child. The measures used referred to lifetime events with exception to the *Child Behavior Checklist*, designed to assess the last six months. The interviews were conducted by a trained health professional.

Socio-demographic Characteristics included the educational level of the mother and father (or the correspondent caregiver), family income and possessions, age and sex of the child. Social stratification was estimated according to the possessions of the family and parental education, scored as *upper/middle class* and *poor class* (ABIPEME, 1998).

Measures related to family environment.

Family Configuration characterizes with whom the child is living.

Parenting and Sibling Relationship. A 3-point scale was applied to measure the quality of relationship between father/child, mother/child and among siblings. Parenting was assessed by verifying who supervises the child and with which frequency (see table 2.)

Family violence. The Conflict Tactics Scale was applied to measure direct child victimization (only very severe violent acts were analyzed), and indirect child victimization (marital violence), where severe violent acts were assessed (Straus, 1981; Hasselmann & Reichenheim, 2003). Internal consistency (Cronbach's α) was found good for severe marital violence: (0.82 husband/wife, 0.74 wife/husband) and regular for very severe parent/child violence (0.32 father/child; 0.43 mother/child). Construct validity was verified for the latter, demonstrating association with the subscale of verbal aggression (Straus, 1981) (Pearson's $r=0,299$ for mother X child; $p<0.001$).

Sibling violence, characterized by hurting and/or depreciation, was examined using the same 3-point scale described before (see table 2).

Psychological violence. 3 items were investigated: humiliation, criticism and use of abusive names such as "crazy", "idiot", or "stupid" to refer to the child (Avanci et al, 2005).

Sexual victimization. One question was created to assess sexual experience with an adult.

Family life events. Family events other than violence investigated were: parental separation, new marriage of one parent, financial problems, relative accused of a crime or in prison, problem with alcohol/drug abuse, family member with serious health problem, and serious disease of child requiring medical care (Pitzner & Drummond, 1997).

Social Support. 2 items were used to verify the existence of friends, relatives or social institutions providing emotional or practical support for caregivers in case of need. (Sherbourne & Stewart, 1991; Chor et al, 2001).

Measures related to children's individual variables.

Withdrawal behavior/Depression, Externalizing Behavior and Social and Activity Competence were analyzed using the 118-item Child Behavior Checklist (CBCL) for ages 6-18, and the 20-item checklist of Social and Activity Competence. CBCL was analyzed using the T-score index proposed by Achenbach & Rescorla (2001). Borderline cases were analyzed in the same category with clinical cases. The applied version was tested in a Brazilian sample of children that demonstrated criterion-validity in distinguishing cases from non-cases when compared to clinical diagnosis (Bordin et al, 1995).

The “Withdrawn/Depressed” subscale (8 items) was used to assess depression symptoms. To test criterion-validity, forty-five children were also randomly selected through score comparison between CBCL and K-SADS-PL (Kiddie – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime Version) (Brasil, 2003), indicating 100% sensibility and 75% specificity. Cronbach’s α showed internal consistency of 0.82.

The Externalizing Scale (18 items for aggressive behavior and 17 for rule-breaking behavior) showed good internal consistency (0.95) and correlation with TRF (Pearson’s $r=0.25$, $p<0.001$).

The Social/Activity Competence Scale was used to investigate the children’s activities, hobbies, school performance and sociability (Cronbach’s $\alpha=0.55$).

Signal of Low Self-esteem: a single item taken from CBCL examined low self-esteem characterized by feeling of inferiority and devaluation (Achenbach & Rescorla, 2001).

Data Analyses

SPSS 15.0 and R 2.4.1 were used in the analyses. Chi-square test was used for bivariate comparison (alpha level of .05) and hierarchical logistic regression analysis to examine the relationship between depression outcome variables and other independent variables. Odds ratio and confidence intervals (Wald test) were obtained. The hierarchy consisted of three steps and was structured into the following blocks: (1) distal variables, social-demographic factors (sex, age, and social stratification), (2) intermediate variables, family factors (configuration, relationship, violence and other life events, social support), and (3) proximal variables, individual factors (externalizing behavior, activity/social competence, and signal of low self-esteem). An alpha level of .05 was chosen *a priori* to elect the variables that would remain in each step of the study model. No investigation of interaction was conducted.

Results

Prevalence and Associations with Child Depression.

First of all, 10.3% (CI 7.7-13.17) children were identified as depression cases, 6% were victims of very severe violence committed by the mother and 3.4% of violence committed by the father. In regard to marital violence, in 22% of the families occurred severe violence committed by the father against the mother and in 22.8% by the mother against the father; in addition, 47.6% referred violence among siblings. The relationship

between depression and socio-demographic, family and individual variables is presented in tables 1 and 2.

Depression was not significantly correlated with socio-demographic variables. In contrast, individual variables were significantly associated with depression. Exceptions were Activity/Social Competence: low self-esteem, OR 3.7 (CI 1.87-7.15) and externalizing behavior, OR 3.9 (CI 2.03-7.59).

Table 1: Associations of Child Depression with Social-demographic and Individual Variables.

Social-demographic Variables (DISTAL)		(%) Depression	OR	Confidence Interval (95%)	Wald Test*
AGE	6-8 (n= 365)	9.6	-	-	0.307
	9-10 (n= 99)	13.1	1.42	(0.72-2.81)	
SEX	Female (n= 224)	9.4	-	-	0.508
	Male (n=240)	11.3	1.22	(0.67-2.23)	
SOCIAL STRATIFICATION	Upper/Middle (n=21)	4.8	-	-	0.335
	Poor (n=368)	12.	2.71	(0.35-20.74)	
Individual Variables (PROXIMAL)					
LOW SELF-ESTEEM (signal)	Not true (n=250)	8.	-	-	0.000*
	Sometimes true (n=127)	5.5	0.67	(0.27-1.63)	
	Very true (n=87)	24.1	3.66	(1.87-7.15)	
ACTIVITY/SOCIAL COMPETENCE	Non-clinical (n=312)	9.6	-	-	0.443
	Clinical/Borderline (n=71)	12.7	1.36	(0.61-3.01)	
EXTERNALIZING BEHAVIOR	Non-clinical (n=396)	7.8	-	-	0.000*
	Clinical/Borderline (n=68)	25.0	3.9	(2.03-7.59)	

*p< 0.05

Table 2 shows that depression was significantly correlated with families with stepparents, OR 2.6 (CI 1.32-5.22). Similar significant association was verified with child depression and regular/bad relationship with father and siblings, OR 2.1 CI (1.09-4.09) and OR 1.9 CI (1.-3.66) respectively. As expected, depression was associated with the social support provided by caregivers, especially relatives and friends OR 1.9 CI (1-3.77); and with family life events, specifically financial problems, OR 2.7 CI (1.32-5.36),

serious health problems, OR 1.9 CI (1.01-3.58), and parental divorce, OR 2.1 CI (1.08-3.9). Furthermore, victimization by psychological violence was common among depressive children: humiliation, OR 4.8 CI (2.01-11.37); criticism, OR 3.1 CI (1.44-6.76); and calling the child abusive names like “crazy”, “idiot”, or “stupid”, OR 3.7 CI (1.75-7.99). In addition, depression was associated with marital violence, OR 2.3 CI (1.16-4.54); violence committed by wife against husband OR 2. CI (1.03-4.00) and violence committed by husband against wife. Nonetheless, as presented in table 2, a non-significant trend towards risk of depression was found in several studied family variables.

TABLE 2: Associations of Withdrawn Behavior/Depression in Children with Family Variables.

<i>Family Variables</i> (INTERMEDIATE)	(%) Withdrawn/ depression	OR	Confidence Interval	Wald Test
FAMILY CONFIGURATION	Both parents (n=251)	9.6	-	-
	Without father and mother (n=17)	5.9	0.59	(0.08-4.66)
	With Step-parent (n=78)	21.8	2.64	(1.32-5.22)
	With only one of the parents (n=115)	4.3	0.43	(0.16-1.16)
SIBLING (Family Configuration)	From same marital relationship (n=226)	8.4	-	-
	From different marital relationship (n=205)	11.2	1.37	(0.72-2.61)
	Do not have sibling (n=32)	18.8	2.51	(0.92-6.86)
FATHER-CHILD RELATIONSHIP (Parenting)	Good (n=365)	8.8	-	-
	Regular/Bad (n=65)	23.1	2.11	(1.09-4.09)
	Do not have (n=24)	-	-	-
MOTHER-CHILD RELATIONSHIP (Parenting)	Good (n=412)	9.5	-	-
	Regular/Bad (n=46)	19.6	2.10	(0.95-4.64)
	Do not have (n=4)	-	-	-
SIBLING RELATIONSHIP	Good (n=290)	7.9	-	-
	Regular/Bad (n=134)	14.2	1.92	(1.-3.66)
	Do not have (n=33)	18.2	2.6	(0.96-6.88)
SUPERVISION (Parenting)	Mother/Father (n=343)	11.1	-	-
	Sibling/Grandparent (n=79)	5.1	0.43	(0.15-1.23)
	Other relatives (n=41)	12.2	1.11	(0.41-3.01)
FREQUENCY SUPERVISION (Parenting)	Always (n=424)	9.7	-	-
	Many times (n=26)	19.2	2.22	(0.79-6.21)
	Few times (n=14)	14.3	1.55	(0.33-7.2)
SOCIAL SUPPORT (relative/friend)	Yes (n=348)	8.9	-	-
	No (n=94)	16.	1.94	(1-3.77)
SOCIAL SUPPORT (group/social institution)	Yes (n=141)	7.8	-	-
	No (n=301)	11.6	1.55	(0.76-3.16)
FINANCIAL PROBLEMS (life event)	No (n=193)	5.7	2.66	(1.32-5.36)
	Yes (n=267)	14.	-	-

TABLE 2: Associations of Withdrawn Behavior/Depression in Children with Family Variables (cont.).

HEALTH PROBLEMS (life event)	No (n=218) Yes (n=244)	7.3 13.	- 1.91	- (1.01-3.58)	0.045*
RELATIVE ACCUSED/PRISON (life event)	No (n=350) Yes (n=110)	11.4 7.3	- 0.61	- (0.27-1.34)	0.218
ALCOHOL/DRUG ABUSE (life event)	No (n=293) Yes (n=168)	8.9 13.1	- 1.54	- (0.84-2.82)	0.156
PARENTAL DIVORCE (life event)	No (n=216) Yes (n=248)	7. 13.3	- 2.05	- (1.08-3.9)	0.027*
NEW MARRIAGE OF PARENT (life event)	No (n=288) Yes (n=175)	8.7 13.1	- 1.59	- (0.87-2.9)	0.129
CHILD HAS BEEN SICK AND RECEIVED MEDICAL CARE (life event)	No (n=247) Yes (n=216)	8.9 12.	- 1.4	- (0.77-2.55)	0.272
SIBLINGS VIOLENCE	No (n=243) Yes (n=208)	7.4 13.	- 1.86	- (0.99-3.49)	0.052
MOTHER X CHILD VERY SEVERE PHYSICAL VIOLENCE	No (n=438) Yes (n=26)	9.6 23.1	- 2.83	- (1.08-7.43)	0.035*
FATHER X CHILD VERY SEVERE PHYSICAL VIOLENCE	No (n=449) Yes (n=15) Rarely/Never (n=365) Some times (n=67)	9.8 26.7 8.2 11.9	- 3.35 - 1.51	- (1.02-10.96) - (0.66-3.46)	0.046*
HUMILIATION (Psychological Violence)	Always/almost always (n= 30)	30.0	4.78	(2.01-11.37)	0.002*
CRITIC (Psychological Violence)	Rarely/Never (n=199) Some times (n=188) Always/almost always (n=74)	7.5 9.0 20.3	- 1.22 3.12	- (0.59-2.52) (1.44-6.76)	0.009*
CALLING "CRAZY", "IDIOT", OR "STUPID" (Psychological Violence)	Rarely/Never (n=229) Some times (n=157) Always/almost always (n=77)	6.6 10.8 20.8	- 1.73 3.74	- (0.84-3.58) (1.75-7.99)	0.003*
MARITAL VIOLENCE (WIFE X HUSBAND)	No (n=312) Yes (n=84)	8.7 18.	- 2.29	- (1.16-4.54)	0.017*
MARITAL VIOLENCE (HUSBAND X WIFE)	No (n=309) Yes (n=89)	9.1 17.	- 2.03	- (1.03-4.00)	0.04*
SEXUAL VIOLENCE	No (n=455) Yes (n=6)	10.5 -	- 0.00	- -	-

*p< 0.05

Violence and other risk factors predicting depression in children

According to the first step in the hierarchical regression analysis, age, sex and social stratification were entered as potential distal covariates, and non-significant association was verified (p<0.05). Secondly, only family covariate information was entered into the model, among which only family configuration, social support

(friend/relative), relationship with father and siblings, forms of psychological violence, marital and specific life events such as financial problems, health problems and parental divorce showed significant association with depression. Thirdly, these significant family variables remained in the model, in addition to the individual proximal covariates. The results of the hierarchical logistic regression analysis are displayed in table 4.

In the final model, the following variables (see table 3) reveal as potential predictors of depression in childhood: family composed by stepparent (OR 2.3, 95% CI 1.10-5.26), bad relationship with father (OR 2.4, 95% CI 1.-5.98), and marital violence, specifically that committed by father against mother (OR 2.6, 95% CI 1.17-5.95). Furthermore, the child's experience of frequent humiliation was the strongest predictor for depression (OR 4.9, 95% CI 1.6-14.88). Low self-esteem (OR 2.7 IC 1.12-6.46) and externalizing behavior were more common among children with depression (OR 2.5 IC 1.06-5.95).

TABLE 3 – HIERARCHICAL LOGISTIC REGRESSION - VARIABLES PREDICTING WITHDRAWN BEHAVIOR/DEPRESSION IN CHILDREN.

VARIABLES (N=464)		ODDS RATIO	CONFIDENCE INTERVAL (IC95%)	WALD TEST*
Family				
Family Configuration	Without father and mother	1.68	(0.19-14.83)	0,013
	Mother+Stepfather/Father+Stepmother	2.30	(1.10-5.26)	
	One of the parents	0.32	(0.08-1.28)	
	Both parents	1.00	-	
Father-Child Relationship	Regular/Bad	2.44	(1.00-5.98)	0,001
	Good	1,00	-	
	Always/Almost always	4.88	(1.60-14.88)	
Humiliation of the child	Some times	0.69	(0.23-2.07)	0,002
	Rarely/Never	1.00	-	
	Yes	2.63	(1.17-5.95)	
Severe Physical Marital Violence (Husband X Mother)	No	1.00	-	0,024
Individual				
Signal of Low self-esteem	Frequently present	2.69	(1.12-6.46)	0,003
	Some times present	0.75	(0.25- 2.21)	
	No	1.00	-	
Externalizing Behavior	Borderline/Clinical	2.51	(1.06-5.98)	0,04
	Normal	1.00	-	

*p.<0.05

Discussion

The prevalence of withdrawal behavior/depression in childhood (10%) indicated relative high rates in comparison with other samples using DSM-IV depression diagnosis (from 1% to 8%) (Fleming et al, 1989; Costello et al, 1996). However, the prevalence would be equivalent to other studies when considering only clinical cases. (6.9%). Using clinical diagnosis, Fleitich-Bilyk & Goodman (2004) found modest to high overall prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in a Brazilian sample (13%) compared to a British one (10%); however, no difference was found in relation to depressive disorder. Future analyses will have to investigate whether these relatively elevated rates can be explained by the utilized criteria for depression or by the continuity and variety of risk situations to which the studied children are exposed, e.g. poverty, violence, household dysfunction and difficult access to health services. Furthermore, alarming statistics were verified in terms of family violence. An explanation similar to that used for vulnerability could be employed in an attempt to explain the high rates of violence verified further to the cultural acceptance of violence in child education in Brazil and the inefficacy of protection services, not only for children but also for battered women.

The principal goal of the present study was to examine which psychosocial risk factors, with special focus on the role of family violence, predict depression in childhood. Firstly, although there is some evidence of greater depression in boys during childhood, the lack of association between sex and depression found in this study shows the weakness of this relationship (Angold et al, 1999). As refers to exploring a possible association with the socioeconomic status, studies with a different design will have to be

conducted seen that in the present study the sample was predominately composed by low-income families.

Depression was significantly associated with four family factors (step-parent in the family, bad relationship with father, marital violence and experience of humiliation by the child), and two individual factors (low self-esteem and externalizing behavior). These findings are consistent with other studies, which identified family aspects (Margolin & Gordis, 2000; Chapman et al, 2004; Goodwin et al, 2004) and individual features (Hammen & Goodman-Brown, 1990; Zoccolillo, 1992; Marmorstein & Iacono, 2004) as risk factors for child depression. The non-association between mother/child relationship and depression, exhaustively examined in studies on risk pathways to child depression, is surprising. Studies focusing on the father/stepparent-child relationship, on the other hand, show different results. Dunn et al. (2004) emphasize the importance of frequency and regularity in contact and of closer and more intense relationship with fathers/stepparents to prevent adjustment problems in children and suggest that contact of the mother with her former partners is important for a good relationship of the child with the non-resident father.

The fact that other family events are exercising a less powerful impact on child depression may be explained by the greater impact of overlapping family violence minimizing the impact of other adverse events. Surprisingly, marital violence seems to have more impact on child depression than direct victimization. This can be explained in three ways. First, through a family interaction pattern: battered mothers can use withdrawal, conflict avoidance or overcontrolling strategies rather than negotiation to cope with child noncompliance. They can also be more hostile and irritable and thus fail

to help the child controlling his/her own emotional state, besides the tendency these mothers have to develop depression and other psychiatric disorders. Second, the withdrawn behavior of depressive children may not contribute to the use of violence to discipline them. They also seem to prefer not to get involved in conflict situations. Third, even with broader methodology procedures, violence directed toward children can be underreported due to parents' reluctance to endorse behaviors that are socially and legally unacceptable (Margolin & Gordis, 2000; Marmorstein & Iaconi, 2004).

Finally, low self-esteem and externalizing behavior were found to be individual predictors of childhood depression. As expected, low sense of self-worth, negative attributional style and a negative self-schema are associated with depression (Hammen & Goodman-Brown, 1990). The risk association with externalizing behavior, on the other hand, can be explained by (1): comorbidity - as Angold & Costello (2001) emphasize: 'it is a real characteristic of the phenomenology of child depressive disorders'; and (2): exposure to family violence, also a consensual risk factor for aggressive and rule-breaking behaviors.

These findings will be examined in other waves and require replication in similar samples that can assist clinical decision-making processes by characterizing psychosocial aspects, and guide educators and families. Furthermore, future analyses need to focus on understanding mediators and protective variables in pathways to depression. Children who are socially competent or who have good self-esteem, for instance, may have social and personal resources that protect them in serious events, even in the case of marital violence.

Based on these findings, efforts should focus on public health models for the prevention of violence and on the development of adaptive coping mechanisms according to various stages of risk from the developmental perspective. These focal points should be taken into consideration in early interventions, especially for those children who come from highly vulnerable families. The effects of violence may alter the timing of typical developmental trajectories. Initially, violence may result in depression and externalizing disorders that cause secondary reactions by disrupting the children's progression through age-appropriate developmental tasks, and consequently, their ability to cope with the social world (Margolin & Gordis, 2000).

Finally, further research is needed to determine whether early interventions with children, victims of violence, can reduce the risk of subsequent depression and, conversely, whether early intervention with children experiencing this disorder can help to reduce their risk of violent victimization. Moreover, children who were exposed to violence need to be evaluated and treated by trained clinicians, especially children with a more disadvantaged background.

Limitations of the study

The design and sample features of this investigation limit the findings, a fact that should be considered in the interpretation of the results. First, the access to only one respondent (the caregiver) can introduce a bias. Furthermore, assessments are retrospective, which can introduce a potential recall bias. Second, the withdrawal/depression category does not include other important depressive symptoms taken into consideration in a clinical diagnosis since it does not evaluate symptoms that

result in substantial distress or social impairment. However, the studied category tends to recurrence and outcomes similar to those meeting the complete DSM-IV diagnostic criteria for depression. Third, the variety and lack of standardized measures can generate confounding and interaction besides the difficulty of comparison with other studies. However, confounding and interaction were minimized by block and univariate analysis. Fourth, the majority of risk factors are not specific to any particular disorder. Finally, the cross-sectional design of the study brings limitations in the temporal relation between variables.

Acknowledgements

This study was supported by CNPq and CAPES, Brazil, and was completed whilst a visiting scholar at the developmental psychiatry section, University of Cambridge, under supervision of Dr. Ian Goodyer.

References

Achenbach T.M., Rescorla L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.

Angold A., Costello E. (2001). The epidemiology of depression in children and adolescents. In: I Goodyer (Ed.). *The depressed child and adolescent* (pp.143-78). United Kingdom: Cambridge University Press.

Angold A., Costello E.J., Farmer E.M.Z., Burns B.J., Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38: 129-137.

Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercados (ABIPEME) (1998). *Caracterização Sócio-Econômica*. São Paulo: [s.n].

Avanci J., Assis S., Santos N., Oliveira R. (2005). Escala de Violência Psicológica contra adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 39: 702-708.

Berdlislee W.R., Wheelock I. (1994). Children of parents with affective disorders: empirical findings and clinical implications. In: Reynolds W.M., Johnson H.F. (Eds.). *Handbook of Children and Adolescents* (pp.463-79). New York: Plenum Press.

Bird H. et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45: 1120-1126.

Birmaher B. et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 1427-1439.

Bordin I.A., Paula C.S., Duarte C.S. (2006). Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28: 290-296.

Brasil H.H.A. (2003). Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL e estudo de suas propriedades psicométricas. Thesis (Doctorate): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, Brazil.

Burns B.J. et al. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 960-970.

Campbell J.C., Lewandowisk L.A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20: 353-374.

Chapman D.P., Whitfield C.L., Felitti V.J., Dube S.R., Edwards V.J., Anda, R.F. (2004). *Journal of Affective Disorders*, 82: 217-225.

Chor D., Faerstein E., Alves M.G.M., Lopes C.S. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 887-896.

Costello, E.J. et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, designs, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129-1136.

Costello E.J., Erkanli A., Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47: 1263-1271.

Dunn J., Cheng H., O'Connor T.G., Bridges L. (2004). Children's perspectives on their relationships with their nonresident fathers: influences, outcomes and implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45: 553-566.

Fleitch-Bilyk B., Goodman R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 727-734.

Fleming J.E., Offord D.R., Boyle, M.H. (1989). Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario Child Health Study. *British Journal of Psychiatry*, 155: 647-654.

Goodwin R.D., Fergusson D.M., Horwood J. (2004). Early anxious/withdrawn behaviors predict later internalizing disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45: 874-883.

Goodyer I. M., Herbert J., Tamplin A., Secher S.M., Pearson, J. (1997). Short-term outcomes of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 474-480.

Goodyer I.M. (2001). Life events: their nature and effects. In: Goodyer I. (Ed.). *The depressed child and adolescent* (pp.204-232). United Kingdom: Cambridge University Press.

Goodyer I.M., Altham P.M. (1991). Lifetime exit events and recent social and family adversities in anxious and depressed school-age children and adolescents-I. *Journal of Affective Disorders*, 21: 219-228.

Goodyer I.M., Ashby L., Altham P.M.E., Vize C., Cooper P.J. (1993). Temperament and major depression in 11 to 16 year olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 1409-23.

Hammen C., Goodman-Brown T. (1990). Self-schemas and vulnerability to specific life stress in children at risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14: 308-19.

Harris W.W., Lieberman A.F., Marans S. (2007). In the best interest of society. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48: 392-411.

Harter S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: a life-span perspective. In: Sternberg J., Kolligan J. (Eds.). *Competence Considered* (pp.67-97). New Haven: Yale University Press.

Hasselmann M.H., Reichenheim M.E. (2003). Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cadernos Saúde Pública*, 19: 1083-1093.

Horn J.L., Trickett P.K. (1998). Community violence and child development: A review of research. In: Trickett P.K., Schellenbach C.J. (Eds.). *Violence against children in the family and community* (pp.103-138). Washington, DC: American Psychology Association.

Kobah R.R., Sceery A. (1988). Attachment and depressive symptom during adolescence: a developmental pathway analysis. *Development and Psychopathology*, 3: 461-74.

Lewinsohn P.M., Clarke G.N., Seeley J.R., Rohde P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33: 809-818.

Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R.E., Andrews J.R., Andrews J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 133-144.

Margolin G., Gordis E. (2000). The Effects of Family and Community Violence on Children. *Annual Review Psychology*, 51: 445-479.

Marmorstein N.R., Iacono W.G. (2004). Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45: 377-386.

McCauley E., Pavlidis K., Kendall K. (2001). Developmental precursors of depression: the child and the social environment. In: Goodyer I. (Ed.), *The depressed child and adolescent* (pp.46-78). United Kingdom: Cambridge University Press.

Osofsky J.D. (1999). The impact of violence on children. *The future of Children: Domestic Violence and Children*, 9: 33-49.

Pelcovitz D., Kaplan S., Goldenberg B., Mandel F., Lehane, J., Guarrera J. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33: 305-312.

Pitzner J.K., Drummond P.D. (1997). The Reliability and Validity of Empirically Scaled Measures of psychological/Verbal control and Physical/Sexual Abuse: Relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 2:125-142.

Puig-Antich, J. et al. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32: 244-253.

Pynoos R.S., Steinberg A.M., Piacentini J.C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46: 1542-1554.

Pynoos R.S. (1993). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In J. Oldham, M. Riba, A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Review of Psychiatry* (pp. 205-38). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Reynolds M.H., Wallace J., Hill T.F., Weist M.D., Nabors N.A. (2001). The relationship between gender, depression, and self-esteem in children who have witnessed domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 25: 1201-1206.

Rudolph K.D., Hammen C., Burge D. (1997). A cognitive-interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25: 33-45.

Rutter M., Kim-Cohen J., Maughan B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47: 276-295.

Sanders M.R., Dadds M.R., Johnston B.M., Cash R. (1992). Childhood depression and conduct disorder: I. Behavioral, affective, and cognitive aspects of family problem-solving interactions. *Journal Abnormal Psychology*, 101: 495-504

Sharfstein S. (2006). New task force will address early childhood violence. *Psychiatric News*, 41: 3.

Sherbourne C.D., Stewart A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32: 705-714.

Steinhausen H.C., Winkler Metzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: Findings from Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 418: 20-23.

Sternberg, K.J. et al. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Development Psychology*, 29: 44-52.

Straus MA. (1981). Measuring intrafamilial conflict and violence. The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41: 75-88.

Straus M.A., Gelles R.J. (1990). *Physical violence in American families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Straus M.A., Hamby S.L., Finkelhor D., Moore D.W., Runyan D. (1997). *Identification of Child Maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and Psychometric Data from a National Sample of American Parents*. [S.l:s.n].

Wechsler D. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças:- Manual- Adaptação e Padronização Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Unicef. (2004). *Situação da Infância Brasileira*. Brasília (DF): Unicef.

Whitbeck L.B. et al. (1992). Intergenerational continuity of parental rejection and depressed affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63: 1036-45.

Zoccolillo M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: a review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 547-56.

4.3. Artigo 3: SINTOMAS DEPRESSIVOS NA ADOLESCÊNCIA. Estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro/Brasil/DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENCE. Study about a psychosocial factors in a scholar sample of a city of Rio de Janeiro/Brazil⁶.

RESUMO

Objetivo: O estudo busca identificar fatores sócio-demográficos, familiares e individuais potencialmente de risco à sintomatologia depressiva em adolescentes escolares de uma cidade do Rio de Janeiro/Brasil.

Métodos: Baseado em um estudo transversal com 1923 alunos das 7^a e 8^a séries do Ensino Fundamental e 1^o e 2^o anos do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de um Município do Rio de Janeiro/Brasil. A sintomatologia depressiva foi aferida através de um indicador construído a partir da SRQ-20 (Harding, 1980) e da escala de resiliência (Wagnild & Young, 1993). Utilizou-se a regressão logística hierárquica, tendo a razão de chance (RC) e 95% intervalo de confiança (IC) como medidas analíticas.

Resultados: Dez por cento dos adolescentes apresentam sintomatologia depressiva. Meninas têm mais que o dobro de chance de apresentar sintomas depressivos (SD) do que os meninos (1,58-3,67 IC); além de vítimas de violência severa cometida pela mãe têm 6,49 mais chances (2,07-20,30 IC); adolescentes que vivenciaram separação dos pais têm 73% mais chances (1,16-2,57 IC); adolescentes com baixa auto-estima têm 6,43 mais chances; (2,63-15,68 IC) e aqueles que estão insatisfeitos com a vida têm 3,19 mais

⁶ Artigo aprovado nos Cadernos de Saúde Pública. Autores: Joviana Avanci (psicóloga, doutoranda em Saúde da Criança e da Mulher/IFF/Fiocruz), Simone Assis (médica, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública e do CLAVES/Fiocruz) e Raquel Oliveira (estatística, pesquisadora assistente do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz).

chances (2,08-4,89 IC) de apresentar sintomas de depressão.

Conclusões: Discute-se a premente necessidade do desenvolvimento de políticas públicas mais adequadas e eficazes no atendimento do adolescente, especialmente a nível preventivo. Estas políticas precisam contemplar aspectos psicossociais estratégicos e específicos para a adolescência em seu plano de ação com a formação de uma rede de tratamento, capaz de minimizar a vivência dessa sintomatologia.

Palavras-chave: depressão, violência, adolescente, risco.

ABSTRACT

Objective: To identify individual, social and familial risk factors of depressive symptoms in school adolescents in a city of Rio de Janeiro/Brazil.

Methods: It is based on a survey with 1923 students, attending Elementary and High Schools, between 6-13 years of age of public and private schools in a city of Rio de Janeiro/Brazil, 2005. Depressive Symptoms were evaluated through SRQ-20 (Harding, 1980) and resilience scale (Wagnild & Young, 1993). The analyze method applied was Hierarchical Logistic Regression. Odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI) were used as measures.

Results: Ten per cent of the interviewees were identified with depressive symptoms (DS). Girls have more chance of presenting these symptoms than boys (OR 2,4; 1,58-3,67 CI); adolescents with parental divorce (OR 1,7; 1,16-2,57 CI); those who are victim of severe physical abuse by mother (OR 6,49; 2,07-20,30 CI); interviewees who have low self-esteem (OR 6,43; 2,63-15,68 CI); and adolescents with life dissatisfaction (OR 3,19; 2,08-4,89 CI).

Conclusions: These results reveal the urgent necessity of improving public health

policies to the attendance of adolescent, especially in a preventive level. The policies may contemplate specifics and strategic psychosocial aspects to adolescence in an action plane, with the formation of a treatment net. It would be capable to minimize the experience of depressive symptoms.

KEY-WORDS: depression, violence, adolescent, risk factor.

A depressão em crianças e adolescentes só foi reconhecida como problemática psiquiátrica a partir da década de 70, sendo, nos dias atuais, considerada um importante problema de saúde pública. Impacta os custos à saúde (direta e indiretamente), o estado geral de bem-estar e o curso de doenças crônicas¹. Nos Estados Unidos a depressão suprime mais anos de vida útil do que a guerra, o câncer e a AIDS juntos. No Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, a Organização Mundial da Saúde aponta a depressão como a principal causa de incapacidade em todo o mundo, ocupando a quarta posição entre as dez causas da carga patológica mundial. Até 2020, projeta-se que esteja ocupando o segundo lugar^{2,3}.

Etiologicamente, a depressão é fruto de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sócio-familiares sendo estudada sob diferentes abordagens: (a) priorizando exclusivamente o humor deprimido; (b) investigando as síndromes, onde as emoções e os comportamentos são característicos, mas não se configuram como diagnóstico clínico; e (c) como a categoria diagnóstica sistematizada pelo DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*), em que são determinantes humor deprimido ou irritável, diminuição de interesse/prazer, alteração de peso, apetite e sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade, culpa, dificuldade de pensamento e concentração, bem como

e idéias recorrentes de morte e suicídio, além da duração dos sintomas e prejuízo no funcionamento social^{4,5}.

A fase da adolescência se revela particularmente importante para o estudo do transtorno depressivo, sendo o período da vida em que a prevalência é mais elevada, chegando a 20%. Nessa fase, comportamentos de risco fortemente relacionados à depressão são freqüentes, a exemplo da gravidez e do uso de drogas. A recorrência dos sintomas depressivos na vida adulta é flagrante^{6,7,8}. O desafio se configura em compreender o que torna a adolescência uma fase tão particular e, a partir de um escopo desenvolvimental, identificar os fatores que podem aumentar a vulnerabilidade à depressão nesses anos da vida.

Sob esse prisma, muitas são as lacunas que precisam ser compreendidas. São poucos os trabalhos que se debruçam em amostras comunitárias brasileiras e que buscam compreender os fatores que subjazem a esse fenômeno, exercendo força em sua etiologia - mediatizando, minorando ou maximizando a ocorrência da depressão na adolescência. Dentre os fatores sócio-demográficos de risco à depressão em adolescentes estão o sexo feminino, a baixa escolaridade dos pais e o baixo status sócio-econômico, caracterizados como indicadores sócio-culturais, com implicações nas relações afetivas do adolescente, nos valores, atitudes e crenças, interferindo no desenvolvimento e impactando inclusive a rede de apoio e suporte social^{9,10}. A maior prevalência nas adolescentes se deve também às mudanças e maturações neuroendócrinas, o efeito indireto das implicações sociais e emocionais ocasionadas pelas mudanças físicas que acompanham a puberdade, além da socialização de gênero⁶.

Específicos fatores familiares ocorridos durante o desenvolvimento têm sido

também investigados. A privação de um ou ambos os pais por separação ou abandono, doenças, mudanças de moradia, problemas maternos de saúde mental, nascimento de irmãos, relacionamento familiar ruim ou experiência de violências estão entre os fatores associados à depressão^{2,6}. Essas vivências – impactantes, cumulativas ou sincrônicas - podem configurar eventos de vida estressantes, que relacionados aos desafios trazidos pela adolescência e outras vulnerabilidades funcionam como gatilhos à expressão depressiva. Paralelamente, evidências sugerem que características individuais do adolescente são independentemente associadas ao transtorno, dentre elas timidez, pouca sociabilidade, baixa competência social, dificuldade de resolução de problemas e distorções cognitivas (negativas) na visão do mundo, de si e do futuro^{6,11,12}. Essas características colocam o adolescente num ciclo difícil de ser rompido, impactando suas relações e fazendo-o acreditar em idéias distorcidas.

Transversalmente a esses aspectos, a teoria do apego tem contribuído para explicação das interações biopsicossociais no risco à depressão. O tom relacional vivido pela criança com o seu cuidador nos anos iniciais da vida tem se revelado um mecanismo determinante na transmissão intergeracional da depressão, na capacidade de resolução de problemas, na regulação das emoções e na formação da auto-estima^{6,13}. Na adolescência os esquemas do apego se ampliam, assumindo a função de suporte e contribuindo à formação da autonomia e independência. Apegos seguros têm sido relacionados à construtiva regulação afetiva, baixa ansiedade e hostilidade, elevada competência social e suporte familiar na adolescência¹⁴.

Baseado na relevância e no pouco conhecimento da depressão em adolescentes, esse trabalho tem como objetivo principal identificar fatores sócio-demográficos,

familiares e individuais potencialmente de risco ao desenvolvimento de *sintomas depressivos* na adolescência. A proposta é na elucidação dos precursores, passíveis de prevenção e intervenção, mas pouco valorizados pelos profissionais que lidam com adolescentes. O conhecimento produzido pode incitar debates no campo da promoção da saúde e do tratamento dos adolescentes que necessitam de apoio, abrindo discussões de políticas de saúde capazes de impedir e reduzir a ocorrência e recorrência da depressão em outras etapas da vida.

Método

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os dados são originários de um inquérito epidemiológico anônimo e auto-preenchível sobre a capacidade de resiliência na adolescência, desenvolvido em 2003, com 1.923 alunos entre 11 e 19 anos de idade, que cursavam a 7ª e 8ª séries do ensino fundamental e 1º e 2º anos do ensino médio do turno diurno, matriculados nas redes pública e privada de São Gonçalo, 2º mais populoso Município do Rio de Janeiro e 15º do país. Em 2000, entre os municípios do Rio de Janeiro, ocupava a 22ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), evidenciando a precariedade de vida da população.

A seleção dos alunos foi realizada através de amostragem por conglomerados em dois estágios: escolas e turmas. A amostra foi dimensionada para se obter estimativas de proporção, com erro absoluto de 5%, nível de confiança de 95% e assumindo uma prevalência de 50%. Participaram todos os alunos que estavam presentes no dia da aplicação, nas 38 escolas (17 da rede pública e 21 da particular) e 68 turmas. Não houve recusa dos alunos ao preenchimento do questionário. Dos 1.923 entrevistados, 51% eram

da rede pública; 56% meninas; 64% na faixa etária dos 15-19 anos; e 31% se autodenominavam pardos, 27% brancos, 25% negros e o restante amarelos/indígenas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.

MEDIDAS UTILIZADAS

Os questionários foram aplicados coletivamente nas turmas, durante um tempo médio de 60 minutos, por uma equipe de pesquisadores treinados e na própria sala de aula do aluno. Previamente à aplicação, estratégias ilustrativas foram utilizadas nas questões que se mostraram com maior dificuldade de preenchimento no pré-teste. Os aplicadores também orientavam individualmente os alunos, caso fosse solicitado.

O inquérito foi pré-testado em 203 alunos de três escolas de São Gonçalo, quando aspectos da validade e confiabilidade foram estudados. Várias dimensões da vida e do adolescente foram avaliadas.

Sintomatologia depressiva. Construiu-se um indicador a partir de itens oriundos de dois instrumentos padronizados: (a) SRQ-20 -*Self-Reported Questionnaire*¹⁵ que rastreia a presença de transtornos psiquiátricos menores, sendo indicado pela Organização Mundial de Saúde, e (b) resiliência¹⁶ que investiga sobre a capacidade de enfrentamento e superação de problemas. Esses instrumentos são validados para o uso no Brasil e têm apresentado bons índices psicométricos^{17,18}. Para a proposição da medida, estudos estatísticos, psicométricos e discussões com *experts* foram realizados. A discussão com especialistas baseou-se principalmente na seleção dos itens que revelavam sintomas-chave enunciados pelo DSM-IV-TR⁵ para o diagnóstico clínico da depressão

maior. O objetivo era alcançar os casos de depressão mais severos. Seis itens foram definidos para composição da medida: sentir-se triste ultimamente, ter chorado mais do que o costume, ter energia suficiente para fazer o que tem que fazer, ter dificuldades para realizar com satisfação atividades diárias, ter perdido o interesse, ter tido a idéia de acabar com a vida. As opções de resposta foram padronizadas em *concordo* e *discordo*. Na testagem da psicometria, um fator foi gerado na análise fatorial, apresentando 0,704 no teste de Kaiser-Meyer-Olkin, grau de explicação de 20,37% da variância e com todas as cargas retendo valor acima de 0,183. O alpha de *Cronbach* obtido foi de 0,59. Na validade de construto, avaliada através da correlação de *Pearson* ($p < 0,001$), a medida se correlacionou inversamente com apoio social¹⁹, auto-estima^{20,21} e satisfação com a vida²². Para a seleção dos casos mais graves, o critério de ponto de corte definido foi de um desvio padrão abaixo da média, correspondendo a quatro ou mais itens afirmativos à presença de sintomas depressivos.

As variáveis independentes foram organizadas em três blocos: sócio-demográfico, familiar e individual. Essa perspectiva se coaduna com as idéias de Bronfenbrenner²³, onde a criança/adolescente é formada por vários contextos, em suas múltiplas inter-relações, desde os macrossistemas, onde se inserem as crenças e ideologias dominantes até os microssistemas, onde estão o entorno mais próximo, família e escola, por exemplo.

Bloco sócio-demográfico. Sexo e estrato social foram avaliados, sendo o último estimado a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil²⁴, baseado no nível educacional dos pais/responsáveis e no acúmulo de bens materiais da casa, estimando a capacidade de consumo familiar. Esse indicador sugere o estrato social da família. Dois estratos são apresentados neste artigo: A/B (A1, A2, B1, B2), com renda familiar mensal

de A1 igual a R\$7.793,00 e B2 de R\$1.669,00; e C/D/E, com renda familiar mensal do estrato C de R\$927,00 e do E de R\$207,00²⁴.

Bloco familiar. As variáveis estudadas e descrições psicométricas estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Descrição das variáveis familiares utilizadas no estudo, Rio de Janeiro/Brasil, 2003.

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	FONTE BIBLIOGRÁFICA
Estrutura Familiar	10 itens sobre quem reside com o adolescente	*NA	(25)
Possui Irmãos	1 item, irmãos de mesmos pais ou de apenas um deles.	*NA	Desenvolvido para o Estudo
Apoio emocional	Domínio do apoio social desenvolvido por Sherbourne & Stewart (2001). 4 itens: ter em quem confiar, em ser ouvido, compreendido e dividir preocupações/ medos.	ICC 0,83	(19)
Interação Positiva	Domínio do apoio social desenvolvido por Sherbourne & Stewart (2001). 4 itens: ter com quem se divertir, relaxar e distrair.	ICC 0,77	(19)
Supervisão Familiar	1 item, conhecimento pelos pais da companhia e do local de saída do adolescente.	*NA	Desenvolvido para o Estudo
Relacionamento com o Pai	1 item. Qualidade do relacionamento paterno	***0,89	(25)
Relacionamento com a Mãe	1 item. Qualidade do relacionamento materno.	***0,82	(25)
Relacionamento com Irmãos	1 item. Qualidade do relacionamento fraterno	***0,91	(25)
Violência física severa cometida pelo pai	Dimensão da Escala Tática de Conflitos (Straus, 1979). 6 itens: pai chutar, morder dar murros, espancar, ameaçar ou usar fa ou arma durante a vida do adolescente.	** α 0,93	(26,27)
Violência física severa cometida pela mãe	Dimensão da Escala Tática de Conflitos (Straus, 1979). Itens idênticos à versão do pai.	** α 0,75	(26,27)
Violência sexual	1 item da escala <i>Child Abuse and Trauma</i> (34), abordando o envolvimento sexual com os pais.	***0,31	(28)
Violência Psicológica	Constituída por 18 itens. Avalia experiências em que o jovem foi diminuído em suas qualidades, capacidades, desejos e emoções por pessoa significativa.	** α 0,91 ICC 0,86	(29)
Violência Entre os Pais	3 itens - brigas entre pais a ponto de se machucarem, humilharem um ao outro.	** α 0,77 ICC 0,7	(25)
Violência Entre os Irmãos	3 itens - brigas entre irmãos a ponto de se machucarem, humilharem um ao outro.	** α 0,81 ICC 0,84	(25)
Sérios Problemas Financeiros	1 item da escala de eventos de vida proposta por Trombeta & Guzzo (2002).	***0,6	(30)
Sérios Problemas Médicos	Idem acima. Familiar ter vivido doenças ou acidentes.	***0,44	(30)
Familiar indiciado/preso	Idem acima. Familiar ter sido indiciado ou preso.	***0,62	(30)
Problema de álcool/drogas na família	Idem acima. Problema de álcool/drogas na família.	***0,62	(30)
Separação dos Pais	Idem acima.	***0,78	(30)
Novo casamento dos pais	Idem acima	***0,58	(30)
Doença com cuidados médicos	Idem acima. Adolescente ficou muito doente e necessitou de cuidados médicos.	***0,47	(30)

*NÃO SE APLICA

** α : Coeficiente de consistência interna (alpha de Cronbach)

***kappa simples para os eventos de vida e kappa ponderado para os tipos de violência

Bloco individual. Composto pelas seguintes variáveis: a) autodeterminação, 1 item, onde o adolescente foi perguntado se acha que terminará os estudos³¹; b) auto-estima, versão brasileira da escala de Rosenberg²⁰ composta por dez itens destinados à avaliação global de si mesmo, positiva/negativa, e avaliada segundo tercís, configurando a baixa, média e alta auto-estima²⁰. No pré-teste obteve-se α de Cronbach e ICC (coeficiente de correlação intraclasse) de 0,81^{20,21}; c) autoconfiança, 1 item, sobre a frequência com que o adolescente defende suas idéias e opiniões³¹; d) resiliência, 25 itens da escala desenvolvida por Wagnild & Young¹⁶ e adaptada à população brasileira adolescente¹⁷. Avalia níveis de adaptação psicossocial frente a eventos de vida difíceis, com definição do ponto de corte de um desvio-padrão inferior à média aritmética. Verificou-se α de Cronbach de 0,84 e ICC de 0,75^{21,22}; e) satisfação com a vida, escala com cinco itens desenvolvidos por Diener et al.²² e adaptado à língua portuguesa³². Obteve-se α de Cronbach de 0,78 e ICC de 0,79. Aqueles insatisfeitos com a vida foram definidos segundo o critério de um desvio padrão abaixo da média; f) uso de álcool, cigarro, maconha e/ou cocaína: quatro itens desenvolvidos pelo Cebrid³³ em estudos com alunos brasileiros, abordando o consumo, no último ano, de alguma bebida alcoólica até embriagar-se ou sentir-se bêbado, o uso de cigarro, maconha e/ou cocaína; e (g) atos transgressores: escala com nove itens sobre violações auto-assumidas do ILANUD/ONU³⁴. Incluem atos transgressores leves, moderados e graves, praticados no último ano, englobando desde a danificação de objetos, agressão física, falsificação de documento particular ou público até ao porte de arma de fogo ou branca. Obteve-se α de Cronbach de 0,70 e ICC de 0,87³⁵.

No estudo da validade de constructo, todas as escalas estudadas foram avaliadas

satisfatoriamente, correlacionando-se a instrumentos que representam conceitos teoricamente subjacentes³⁵.

ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se estudo de prevalência das variáveis estudadas, segundo a definição de caso à sintomatologia depressiva. Adotou-se o método de regressão logística bivariada, com o critério de significância estatística ao nível de 5% (teste de Wald), analisando as respectivas razões de chance brutas e intervalos de confiança ao nível de 95%. Utilizou-se o *software* SAS 8.0 através da *procedure logistic*.

Posteriormente, realizou-se a análise logística multivariada com as variáveis significativas na etapa anterior. No modelo, iniciou-se a análise com as variáveis do bloco sócio-demográfico, sucedendo-se ao bloco familiar e ao individual, apenas com aquelas que preenchiam o critério definido (5%) (teste de *Wald* tipo III). Para a definição do modelo final, testou-se um modelo alternativo com as cinco variáveis oriundas do modelo completo e/ou aquelas que se mostraram significativas na análise bivariada, mantendo-se a lógica de inserção de variáveis em blocos. Realizou-se também o estudo das interações (duas a duas), quando foram, individualmente, inseridas no modelo obtido no último bloco. Essa estratégia visou testar a significância estatística sem a influência das demais variáveis. Todas as interações significativas foram incorporadas no modelo final ajustado. Como medida de análise, utilizou-se a razão de chance e seu intervalo de confiança.

Resultados

No estudo de prevalência, estima-se que 10% dos adolescentes apresentam sintomatologia depressiva, sobressaindo-se as meninas (13%). Contudo, não é possível afirmar diferenciação da ocorrência dessa sintomatologia segundo estrato social (Tabela 2).

Tabela 2 – Estimativas de prevalência das variáveis sociodemográficas de adolescentes com sintomatologia depressiva de um município do Rio de Janeiro/Brasil, 2003.

Sócio-Demográfico		(%) casos	Razão bruta	Intervalo de Confiança	Teste de Wald
SEXO	Feminino (N=1.019)	13,0	2,55	(1,76-3,7)	0,0000
	Masculino (N=812)	6,3	-		
ESTRATO SOCIAL	Popular (C+D+E) (N=546)	11,7	1,23	(0,79-1,92)	0,3589
	Médio+Alto (A+B) (n=674)	8,6	-		

No que diz respeito a *fatores familiares* (Tabela 3), nos adolescentes que expressam sintomatologia depressiva destacam-se: a estrutura familiar menos preservada, composta por padrasto/madrasta ou sem figuras parentais; relacionamento regular/ruim com pais e irmãos; ausência ou pouca supervisão familiar; fraco apoio emocional e baixa interação positiva. A ocorrência de eventos estressantes na família também associa-se a expressão da depressão, entre eles os problemas financeiros, de saúde, com o uso de álcool e drogas, separação dos pais, novo casamento dos pais, a prisão/indiciamento de um familiar, a severa violência física cometida pelo pai e pela mãe contra o adolescente, o testemunho dessa forma de violência entre os pais, a vitimização de violência entre irmãos, a violência psicológica vivida em níveis elevados e a vitimização da violência sexual ocasionada pelos pais contra o adolescente.

Tabela 3 – Estimativas de prevalência das variáveis familiares dos adolescentes com sintomas depressivos de um município do Rio de Janeiro/Brasil, 2003.

Familiar		(%)casos depressão	Razão bruta	Intervalo de confiança	Teste de Wald
ESTRUTURA FAMILIAR	Sem Pai e Sem Mãe (N=77)	13,0	2,49	(1,20-5,18)	0,0008
	Com Mãe ou Mãe+Padrasto (N=475)	13,0	1,85	(1,27-2,69)	
	Com Pai ou Pai +Madrasta (N=63)	17,5	2,62	(1,23-5,59)	
	Pai e Mãe (N=1162)	8,3	-	-	
IRMÃOS	Sim, diferentes casamentos (N=538)	13,4	1,63	(0,85-3,13)	0,0095
	Sim, mesmo casamento (N=1080)	8,9	0,94	(0,50-1,78)	
	Não (N=208)	7,2	-	-	
RELACIONAMENTO COM PAI	Ruim (N=103)	21,4	3,90	(2,22-6,85)	0,0114
	Regular (N=276)	16,7	2,39	(1,57-3,65)	
	Bom (N=1308)	7,4	-	-	
RELACIONAMENTO COM MÃE	Ruim (N=15)	20	2,70	(0,63-11,46)	0,0002
	Regular (N=166)	29,5	5,44	(3,57-8,30)	
	Bom (N=1626)	7,7	-	-	
RELACIONAMENTO COM IRMÃOS	Ruim (N=61)	22,9	3,02	(1,51-6,04)	0,0002
	Regular (N=373)	13,9	1,59	(1,07-2,35)	
	Bom (N=1176)	8,3	-	-	
SUPERVISÃO FAMILIAR	Poucas Vezes/Nunca (N=177)	18,6	2,39	(1,52-3,76)	0,0000
	Sempre/Muitas Vezes (N=1651)	9,1	-	-	
APOIO EMOCIONAL	Fraco (N=610)	13,4	1,86	(1,19-2,92)	0,0000
	Moderado (N=630)	9,0	1,20	(0,74-1,95)	
	Elevado (N=542)	6,8	-	-	
INTERAÇÃO POSITIVA	Fraco (N=652)	14,2	2,42	(1,42-4,12)	0,0016
	Moderado (N=739)	8,5	1,27	(0,73-2,21)	
	Elevado (N=399)	5,7	-	-	
PROBLEMAS FINANCEIROS	Sim (N=910)	12,2	1,47	(1,04-2,07)	0,0010
	Não (N=908)	8,0	-	-	
PROBLEMAS MÉDICOS SÉRIOS FAMILIAR INDICIADO/PRESO	Sim (N=1346)	11,0	1,54	(1,01-2,36)	0,0000
	Não (N=479)	7,3	-	-	
PROBLEMA DE ÁLCOOL OU DROGAS SEPARAÇÃO DOS PAIS	Sim (N=376)	15,7	1,97	(1,36-2,84)	0,0434
	Não (N=1.453)	8,6	-	-	
NOVO CASAMENTO DOS PAIS	Sim (N=731)	15,0	2,29	(1,62-3,23)	0,0000
	Não (N=1.091)	6,8	-	-	
FICAR DOENTE E RECEBER CUIDADOS MÉDICOS	Sim (N=662)	13,6	2,09	(1,49-2,94)	0,0000
	Não (N=1.159)	7,9	-	-	
VIOLÊNCIA ENTRE IRMÃOS	Sim (N=288)	13,5	1,68	(1,11-2,54)	0,0000
	Não (N=1.533)	9,4	-	-	
VIOLÊNCIA SEVERA DA MÃE	Sim (N=1.008)	11,3	1,49	(1,05-2,12)	0,0296
	Não (N=812)	8,3	-	-	
VIOLÊNCIA SEVERA DO PAI	Presença (N=951)	12,7	2,56	(1,65-3,97)	0,0462
	Ausência (N=539)	5,9	-	-	
VIOLÊNCIA ENTRE PAIS	Presença (N=535)	16,8	2,78	(1,97-3,94)	0,0003
	Ausência (N=1.257)	7,0	-	-	
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	Presença (N=259)	17,3	2,00	(1,32-3,01)	0,0000
	Ausência (N=1.365)	8,4	-	-	
VIOLÊNCIA SEXUAL NA FAMÍLIA	Presença (N=563)	13,7	2,27	(1,56-3,30)	0,0146
	Ausência (N=952)	7,7	-	-	
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	Alta (N=462)	21	7,15	(3,90-13,09)	0,0252
	Média (N=514)	5,4	1,35	(0,67-2,73)	
	Ausência (N=499)	3,4	-	-	
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	Presença (N=148)	16,2	1,70	(1,02-2,86)	0,0000
	Ausência (N=1.662)	9,5	-	-	

Quanto aos *fatores individuais* (Tabela 4), sobressai no grupo com sintomatologia depressiva a baixa auto-estima, a incerteza ou ausência de atitude que reflete autodeterminação, a falta de confiança em si mesmo e a não-expressão da capacidade de resiliência. Também a insatisfação com a vida, o consumo pessoal de álcool, cigarro, maconha e/ou cocaína e ações transgressoras leves, moderadas ou mais graves são comportamentos destacados nesse grupo.

Tabela 4 – Estimativas de prevalência das variáveis familiares dos adolescentes com sintomas depressivos de um município do Rio de Janeiro/Brasil, 2003.

Individual		(%) casos depressão	Razão bruta	Intervalo de Confiança	Teste de Wald
AUTO-ESTIMA	Baixa (N=720)	19,6	7,6	(4,23-13,87)	0,0000
	Média (N=471)	4,6	1,8	(0,87-3,77)	
	Alta (N=584)	2,5	-		
AUTODETERMINAÇÃO	Não/Talvez (N=124)	23,4	2,8	(1,73-4,72)	0,0000
	Sim (N=1.663)	8,8	-		
AUTOCONFIANÇA	Poucas Vezes/Nunca (N=176)	20,4	2,45	(1,58-3,8)	0,0000
	Sempre/Muitas Vezes (N=1.648)	9,0	-		
RESILIÊNCIA	Não (N=160)	16,2	2	(1,17-3,43)	0,0111
	Sim (N=1.113)	7,8	-		
SATISFAÇÃO NA VIDA	Não (N=273)	27,8	5,2	(3,57-7,55)	0,0000
	Sim (N=1.481)	6,4	-		
USO DE ÁLCOOL	Sim (N=469)	17	2,4	(1,72-3,44)	0,0000
	Não (N=1.342)	7,7	-		
USO DE CIGARRO	Sim (N=284)	20	3,	(2,04-4,38)	0,0000
	Não(N=1.525)	8,2	-		
USO DE DROGA	Sim (N=475)	17	2,4	(1,71-3,42)	0,0000
	Não (N=1.329)	7,6	-		
COMETER TRANSGRESSÕES	Grave	16,6	2,5	(1,49-4,43)	0,0000
	Moderada	17,0	3,2	(2,08-4,93)	
	Leve	10,8	1,7	(1,07-2,69)	
	Nenhuma	6,5	-	-	

No modelo logístico multivariado, todas as variáveis abordadas foram estudadas, inclusive o estrato social que, embora não tenha demonstrado significância estatística segundo o critério definido, também foi incluído na análise. Essa opção foi tomada

devido à relevância e incertezas desse tema nos estudos em psiquiatria.

Nessa abordagem mais analítica (tabela 5), constatou-se que, das variáveis do bloco sócio-demográfico, apenas o sexo permaneceu significativo à sintomatologia depressiva. Do bloco familiar, apenas a separação dos pais e violência severa cometida pela mãe associou-se à variável sexo; por fim, com a inserção do bloco individual agregaram-se auto-estima e satisfação com a vida.

Embora tenha sido testado um modelo alternativo com as variáveis significativas dos modelos bivariados e/ou modelo final, não houve alteração do resultado obtido anteriormente. A Tabela 5 apresenta as variáveis psicossociais potencialmente de risco à sintomatologia depressiva na adolescência.

Tabela 5 – Modelo logístico multivariado explicativo da presença de sintomas depressivos em adolescentes de um município do Rio de Janeiro/Brasil, 2003.

VARIÁVEIS EXPLICATIVAS DE PRESENÇA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS (N=1.650)		RAZÕES AJUSTADAS	INTERVALO DE CONFIANÇA
Sócio-demográfico			
SEXO	Feminino	2,41	1,58-3,67
	Masculino	1,00	-
Familiar			
SEPARAÇÃO DOS PAIS	Sim	1,73	1,16-2,57
	Não	1,00	-
VIOLÊNCIA SEVERA DA MÃE	Presença	6,49	2,07-20,30
	Ausência	1,00	-
Individual			
AUTO-ESTIMA	Baixa	6,43	2,63-15,68
	Média	3,67	1,37-9,82
	Alta	1,00	-
SATISFAÇÃO COM A VIDA	Não	3,19	2,08-4,89
	Sim	1,00	-

Meninas têm mais que o dobro de chances de apresentarem sintomas depressivos do que os meninos. Adolescentes vítimas de violência severa cometida pela mãe,

caracterizada por atos com alto potencial de ferir, como chutes, mordidas, murros, espancamentos, ameaças ou uso de arma ou faca apresentam 6,5 vezes mais chances de apresentar sintomatologia depressiva do que aqueles cujas mães não usam essa forma de estratégia relacional. A separação dos pais também se revela importante, indicando que aqueles cujos pais se separaram têm 73% mais chances de terem sintomas depressivos do que aqueles que nunca passaram por essa experiência. Em relação às questões individuais, adolescentes com baixa auto-estima têm 6,4 vezes mais chances de apresentarem sintomas depressivos que os de elevada alta-estima. E os insatisfeitos com suas vidas apresentam 3,2 vezes mais essa sintomatologia do que os que estão satisfeito.

No estudo das interações, adolescentes que sofrem violência severa da mãe e tem auto-estima moderada têm 92% menos chance do que os que não são vítimas da violência materna e têm alta auto-estima de apresentarem sintomas depressivos. A auto-estima moderada caracteriza-se pela visão de si ambivalente.

Discussão

A prevalência dos sintomas depressivos verificada é equivalente a observada em trabalhos brasileiros e internacionais que utilizaram diagnóstico clínico ou instrumento padronizado^{7,36}. Prevalências mais díspares são também encontradas na literatura, apontando a importância de aferir questões metodológicas, diferenças transculturais e a existência de subtipos de transtornos depressivos.

Independente da tipologia, o contexto desenvolvimental precisa ser contemplado na abordagem da depressão na adolescência, fase caracterizada fundamentalmente por estresses ocasionados pelas mudanças endócrinas e psicológicas, no auge do processo de

indivíduo-separação do adolescente à formação da identidade. Nessa perspectiva, a confirmação do maior risco feminino à depressão na adolescência já é consenso na literatura, sendo explicado por fatores biopsicossociais e culturais. Fatores endócrinos; o *timing* precoce na puberdade, resultando na maturação prematura à vida social; conflito entre conectividade familiar e autonomia individual; alta reatividade ao estresse, maior motivação social ao relato de sintomas dessa natureza e inferior *status* sócio-cultural são peculiares às meninas, predispondo-as a conflitos e a um comportamento mais passivo, dependente e depressivo^{6,8}.

Numa fase com tantos desafios, estressores ambientais prévios ou recentes também influenciam a expressão depressiva em adolescentes. Nesse trabalho, dois eventos revelam-se particularmente de risco à expressão da depressão na adolescência: a separação dos pais e a experiência de violência física ocasionada pela mãe contra o adolescente. Essas circunstâncias da vida são capazes de alterar o estado de bem-estar físico e mental, causando muita insegurança^{6,37}.

A experiência de violência física contra o adolescente merece destaque pela constatação da sua maior predisposição à depressão dentre as outras questões apontadas por esse estudo. No entanto, muita controvérsia e desconhecimento ainda existem sobre essa relação. A maior parte dos trabalhos foca, numa abordagem retrospectiva, a depressão na vida adulta como consequência da violência na infância, em destaque para a sexual. No entanto, pouca atenção é dada aos aspectos subjetivos, sócio-culturais e às peculiaridades transversais que atravessam essa relação de risco. É certo que a violência, principalmente vinda de quem se espera afeto e confiança, pode aniquilar a capacidade criativa e de inserção no mundo. Apesar disso, produz, não raramente, tristeza, desvalia,

culpa, vergonha e profundo sentimento de mal-estar consigo mesmo e com os outros³⁸. Ainda muito há que ser investigado sobre esse tópico.

Sobre a separação dos pais, o sentimento de perda, os conflitos precedentes ou decorrentes, as disputas e o rearranjo sócio-econômico são aspectos comuns e relacionados a esse fenômeno, o que faz com que se torne um evento ainda mais danoso para o adolescente³⁵. A nova organização familiar pode também facilitar o afastamento físico e emocional, reduzir o apoio familiar e induzir a rejeição e hostilidade. Estudando sobre os eventos de vida adversos e psiquiatria, Kirtland et al.³⁹ também sugerem que perdas por morte ou separação estão fortemente relacionados à depressão.

Há uma recente área da psiquiatria que tem se dedicado ao estudo dos aspectos genéticos/biológicos como mediadores da relação entre eventos de vida estressantes e depressão. Essa abordagem tem revelado que o evento adverso, principalmente se ocorrido em fases iniciais da vida, resulta em uma sensibilização ou hiperatividade do fator liberador de corticotrofina do sistema nervoso central, contribuindo para a depressão e ansiedade. A partir do primeiro episódio depressivo, a vulnerabilidade ao transtorno pode aumentar, uma vez que, além da experiência dolorosa aprendida, pode haver uma alteração em nível endócrino que favorecerá a reedição de novos episódios depressivos diante de adversidades^{2,40}. Tal proposição sugere a relação bidirecional entre os eventos de vida adversos e depressão, onde o maior risco à depressão resulta do evento em si e a maior vulnerabilidade depressiva leva a um persistente risco⁶.

Paralelamente, as respostas e interpretações pessoais do adolescente aos eventos estressantes e às suas relações no mundo são adquiridas durante todo o seu desenvolvimento. Aqueles com apego inseguro, pouca regulação afetiva e negativa

capacidade de resolução de problemas estão altamente vulneráveis em face dos desafios dessa época da vida. Nesse sentido, explicações recaem à associação da baixa auto-estima, insatisfação com a vida e sintomatologia depressiva, sendo inclusive tópicos importantes a serem investigados pelo clínico na avaliação psicopatológica.

Inesperadamente, esse trabalho não destacou relações entre sintomatologia depressiva e estrato social baixo, vitimização da violência psicológica e sexual, perda por morte de familiar e fraco apoio social. Na literatura nacional, esses achados realmente são vagos e pouco explorados. Internacionalmente, há uma tendência mais clara da relação positiva entre depressão e pobreza⁴¹, assim como de abuso sexual e depressão⁴². Os resultados encontrados merecem ser estudados por aportes metodológicos diferenciados e com populações de estrato social mais díspar.

Nesse sentido, limitações teórico-metodológicas precisam ser clarificadas. Primeiramente, o indicador de sintomas depressivos, embora construído a partir de critérios bastante rigorosos teórica e metodologicamente, não inclui outros sintomas também importantes indicados pelo DSM-IV-TR⁵ para o diagnóstico clínico, como irritabilidade, alteração do peso e apetite, insônia ou aumento de sono, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa excessiva e diminuição da capacidade de pensar e se concentrar. Não inclui, sobretudo, a duração dos sintomas. Contudo, não se pretende neste artigo realizar diagnóstico de depressão. Em segundo lugar, a avaliação de situações e experiências ocorridas durante a vida do adolescente pode sofrer influência de viés de memória. Nesse sentido, estudos longitudinais são mais adequados ao estudo dos fatores de risco. Uma terceira limitação referente à fragilidade na abordagem de aferição deve-se à não utilização de instrumentos padronizados

nacional e internacionalmente, impedindo a comparabilidade com outros trabalhos. O grande número de variáveis gera também maior fragilidade para uma análise mais aprofundada. Tentou-se minimizar essas limitações com a utilização de análise bivariada, abordagem em blocos e pelo estudo das interações.

Para o futuro, trabalhos precisam se debruçar nas comorbidades ocorridas com a depressão na adolescência e no curso do desenvolvimento. Da mesma forma, precisam considerar a identificação de um grupo mais homogêneo dos transtornos depressivos, contribuindo para um maior conhecimento da etiologia genética e ambiental, ao lado do maior conhecimento entre violência e depressão. Estudos com metodologias longitudinais e/ou qualitativas podem avançar neste sentido.

Enfim, a identificação acurada e precoce de adolescentes potencialmente de risco aos sintomas depressivos deve ser o foco não apenas do profissional de saúde mental, mas também de clínicos que têm contato com este grupo etário. É flagrante que adolescentes com sintomas depressivos necessitam receber atenção efetiva de profissionais especializados, sensibilizados e capacitados, além de apoio do meio para aliviar estressores presentes e imediatos em casa e em outros locais de convivência. Os resultados desse trabalho direcionam-se à necessidade de implementação de políticas de saúde mental, com implantação de programas que focalizam não só o tratamento, mas principalmente os fatores que cercam o dia-a-dia do adolescente e que exercem força na experiência depressiva. Ressalta-se a relevância da abordagem psicossocial, especialmente numa esfera preventiva, contemplando a formação de uma rede de atenção que minimize os sentimentos dolorosos vividos por pessoas ainda tão jovens e impedindo-as de viver a depressão mais severa em fases mais avançadas da vida.

REFERÊNCIAS

1. Cassano P, Fava M. Depression and public health. An overview. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 849-857.
2. Zavaschi ML, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, Eizirik CL et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24:189-95.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Geneva: WHO; 2001.
4. Compas BE, Hammen CL. Child and adolescent depression: Covariation and comorbidity in development. In: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garnezy N, Rutter, M, eds. *Stress, risk, and resilience in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996:225-267.
5. American Psychiatric Association (APA). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
6. Goodyer IA (ed.). *The depressed child and adolescent*; Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
7. Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24:63-7.
8. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE et al. Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 33:133-144.
9. Harrington R, Rutter M, Fombonne E. Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology* 1996; 8: 601-616.
10. Anselmi L, Piccinini CA, Barros FC, Lopes RS. Psychosocial determinants of behaviors problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45, 4:779-788.
11. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Seeley JR. Depression-related psychosocial variables: are they specific to depression in adolescents? *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 3:365-375.
12. Downey G, Walker E. Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. *Development and Psychopathology* 1992; 4:81-95.

13. Bowlby J. Attachment and Loss. v.3: Loss. New York: Basic Books; 1980.
14. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development* 1988;59:135-146.
15. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine* 1980; 10: 231-241.
16. Wagnild GM, Young HM. Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement* 1993; 1(2):165-178.
17. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação Transcultural, Confiabilidade e Validade da Escala de Resiliência. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21:436-448.
18. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
19. Chor D, Faerstein E, Alves MGM, Lopes CS. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17: 887-896.
20. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1989.
21. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Adaptação transcultural de escala de auto-escala para adolescentes. *Psicologia. Reflexão e Crítica* 2007; 20(3):397-405.
22. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment* 1985; 49: 71-75.
23. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
24. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Critério de Classificação Econômica Brasil. <http://www.abep.org> (acessado em março de 2005)
25. Assis SG, Avanci JQ. *Labirinto de Espelhos: Formação da auto-estima na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

26. Straus MA. Measuring intrafamilial conflict and violence. The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family* 1979; 41: 75-88.
27. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cadernos Saúde Pública* 2003; 19: 1083-1093.
28. Sanders B, Becker-Lausen E. The measurement of Psychological Maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse & Neglect* 1995; 19(3): 315-323.
29. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de Violência Psicológica contra adolescentes. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39:702-708.
30. Trombeta LH, Guzzo RSL. Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas/SP: Alínea; 2002.
31. Assis SG, Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, Njaine K, Constantino P. Avaliação do Processo de Implantação e dos Resultados do Programa Cuidar 2003. (Relatório de pesquisa).
32. Dell'Aglio DD, Hutz CS. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia Reflexão e Crítica* 2004; 17: 35-357.
33. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º grau em 100 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID; 1997.
34. Kahn T, Bermergui C, Yamada E, Cardoso FC, Fernandes F, Zacchi JM, Guimarães L, Hasselman ME. O dia a dia nas escolas (violências auto-assumidas). São Paulo: Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (ILANUD) e Instituto Sou da Paz; 1999.
35. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência. Enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2006.
36. Bird HR, Gould MS, Staghezza BM. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32: 361-8; 1993.
37. Clark DB, De Bellis MD, Lynch KG, Cornelius JR, Martin CS. Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 2003; 24:51-60.

38. Stuewig J, McCloskey LA. The Relation of Child Maltreatment to Shame and Guilt Among Adolescents: Psychological Routes to Depression and Delinquency. *Child Maltreatment* 2005; 10: 324-336.
39. Kirtland P, Prout M, Schwarz R. *Post-traumatic stress disorder a clinician's guide*. New York: Plenum Press; 1991.
40. Heim C, Newport DJ, Heit S, Gtaham YP, Wilcox MB. Pituitary-Adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *J. Am. Med. Assoc* 2000; 285:592-7.
41. Goodman E, Slap GN Huang B. The Public Health Impact of Socioeconomic Status on Adolescent Depression and Obesity. *American Journal of Public Health* 2003; 93: 1844-1850.
42. Clark DB, Bukstein OG. Psychopatology in Adolescent alcohol. *Alcohol Health Res World* 1998; 22:117-121.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, ele é meio turrão, só vive de mau humor [...] O João apanhou muito. Ele chegava na minha casa todo arranhado, ensangüentado mesmo, de crianças com a unha enorme [...] os pais acham que é normal uma criança espancar a outra, enfiar a unha no rosto, meu filho ia pra casa marcado. [...] Eu tenho medo de mais tarde ele não se relacionar bem com ninguém, trazer problemas até na vida profissional dele. [...] O que me chama atenção no João é o problema de relacionamento com o próximo, esse mau humor dele, essa mudança de humor. E a dificuldade que ele tem no aprendizado.”
(mãe do João de 8 anos de idade)



Desenho da família feito por um menino de 8 anos de idade identificado com comportamento depressivo (Achenbach & Rescorla, 2001). No contato com a entrevistadora, mostrou-se extremamente fechado e nem um pouco receptivo. Respondeu as perguntas com frases curtas e sem sentido. Da esquerda para a direita, desenha o pai, a mãe, a irmã, a prima, o irmão e mais três primos.

Violência como gatilho à depressão de crianças e adolescentes! A linha norteadora desta tese foi identificar o perfil sócio-epidemiológico de crianças e adolescentes escolares que desenvolvem comportamento depressivo. E, compreender como a violência, especialmente a que ocorre na família, é um dentre os vários disparos ao transtorno depressivo na infância e adolescência.

Buscando sintetizar os resultados encontrados ao final dos três artigos (algumas discussões já foram levantadas ao final de cada um deles), esta tese indicou que na **infância** 10% das crianças desenvolvem comportamento depressivo, com uma ligeira predominância entre meninos, o que é explicado principalmente pelas diferenças socio-culturais e biológicas da decorrência em ser menino ou menina. Famílias constituídas por padrasto ou madrasta e um mau relacionamento paterno são potencialmente de risco à ocorrência desse quadro psicopatológico. E, também a baixa auto-estima e a presença de comportamentos mais agressivos e de conduta anti-social (sugerindo a comorbidade com a depressão, aspecto aqui não estudado).

“Eu acho que ela é realmente rejeitada pelo pai. Então, é por isso que ela é uma criança oprimida. Ela é uma criança que fica muito no cantinho dela. Porque ela fica muito triste [...] Eu acho que isso tudo é provocado por esse afastamento do pai. Pelo pai nunca estar presente, nunca procurar... Realmente, pelo pai dar atenção só ao irmão e não para ela. Então eu acho que é por esse motivo que ela é assim.” (mãe de Joana, 8 anos)

“Eu costumo dizer que ele é anti-social, ele não se dá bem com ninguém, está sempre brigando. É uma criança que eu tenho que estar atenta sempre.” (mãe de João, 8 anos)

“O meu ex-marido foi embora, ela ficava com medo de eu ir embora também [...] Ela achava que todo mundo que ela amava ia embora [...] Ela ficou ansiosa e insegura.”
(mãe de Lara, 8 anos de idade)

Achados inéditos foram encontrados no estudo sobre a relação entre violência e depressão infantil. O primeiro deles diz respeito ao efeito danoso da violência que acontece entre os pais, denotando ser até mais impactante para a criança do que a dirigida contra ela própria (principalmente em face da aceitação da violência como forma de educação infantil). O segundo aspecto é a observação do “ciclo da violência” na vida das crianças, destacando-se a tendência da exposição infantil à violência em casa, na escola e na vida da comunidade. E o terceiro, a importância em compreender o impacto de um evento violento sob o ponto de vista de quem o sofreu, já que é basicamente a interpretação do episódio que impactará os seus efeitos. No entanto, nesse aspecto a criança deprimida é particularmente vulnerável, uma vez que sua emoção e percepção são marcadas pela tristeza e por pensamentos de perda, morte e fracasso, intensificando ainda mais as experiências adversas, como a violência.

Violências ocorridas na vida de crianças depressivas

“Ele é triste. [...] É uma criança que brinca sozinha, não gosta de brincar com ninguém [...] Lá perto de casa, há um tempo atrás, houve um acidente, então ele viu aquilo [...] eu senti que ele ficou meio abalado com aquilo. Depois teve um assalto próximo a minha casa. Ele ficou muito abalado com aquilo. O acidente [acidente de carro que testemunhou] é uma coisa que marcou muito a vida dele [...] Ele sonhou ainda com aquilo. [criança falou para a mãe] Mãe eu tive um sonho com aquele acidente, a moça morria. Ele ficou nervoso, preocupado.”

(mãe de Joaquim de 11 anos)

“Ela é assim desde pequenininha, muito manhosa. Você não pode dar um grito que ela já está chorando. É uma criança muito recatada, que gosta de brincar sozinha. [...] Ela não gosta de brincar. Se for brincar, tem que ser de escrever [...] E as crianças não gostam de brincar do jeito que ela gosta [...] Ela se sente inferior às outras pessoas. Então, ela

não quer vir para a escola de jeito nenhum. Ela se sente humilhada na escola... No outro dia ela virou e falou que queria que Deus desse a cegueira para todas as crianças da escola, porque aí eles sentiriam na pele o que sentia [...] Tem vezes que ela fica com febre, fica deprimida, dá crise de dor de cabeça [...] Ela foi criada no meio de muito conflito, muita confusão, muita discussão, muita briga.”

(mãe de Joana com 8 anos e com perda quase total da visão)

“Há 2-3 anos atrás, teve na escola, na sala de aula, que fizeram um tal corredor da morte e falaram que quem falasse com Lara não ia ser da turma deles, ia apanhar. Então quiseram isolar ela na escola. E aí quando ela passou no corredor, no tal corredor, eles chutaram ela, e bateram nela e na hora do recreio colocaram o pé para ela cair, ela caiu, estava de saia, e começaram a rir porque apareceu a calcinha dela, aí ela ficou triste e não queria mais vir pra escola.”

(mãe de Lara, 8 anos)

Sob outro ponto de vista, o isolamento e o comportamento mais contido das crianças deprimidas parecem protegê-las da exposição à violência. Alguns desses resultados precisam ser mais estudados e aprofundados, em diferentes amostras e com abordagem metodológica mais analítica, permitindo generalizações.

Todavia, os resultados sugerem que a violência por si só não potencializa a ocorrência de depressão. A violência parece afetar o comportamento depressivo infantil indiretamente. É o impacto da violência em outros aspectos da vida familiar que parece compor um quadro favorável ao desenvolvimento do transtorno depressivo em crianças, seja através dos seus danos para o cuidador, seja através da vulnerabilidade acarretada na criança com características individuais já predisponentes.

Mas, parece ser certo que viver em ambientes onde não há violências é característica de crianças que não desenvolvem comportamento depressivo. Esse achado é muito importante, porque remete à questão dos fatores protetores.



Mais tarde, na **adolescência**, constata-se que 10% dos adolescentes escolares desenvolvem sintomas depressivos, coincidentemente, o mesmo percentual verificado na infância. Como citado na literatura científica, nessa fase os sintomas depressivos prevalecem nas meninas. A vivência em famílias cujos pais são separados e em adolescentes vitimados pela violência física materna são outros fatores que se destacam à predição da depressão na adolescência. Cabe salientar que, apesar de as amostras das duas pesquisas serem constituídas pela população escolar de São Gonçalo, diferenças significativas impedem uma comparação mais apurada entre os resultados encontrados na infância e na adolescência (inclusão de escolas públicas e particulares em uma pesquisa e apenas a pública na outra, e o emprego de diferentes aportes de aferição – informante e instrumento).

Relatos da vida de uma adolescente, Luana, com indícios de sintomas depressivos

Não tenho namorado (risos)... eu não sou muito de fazer muitos amigos, mas os que eu tenho são amigos, entendeu? [...]Aí, pô, eu fico sozinha na maior parte do tempo... Ele [pai separado da mãe] gosta de mim, entendeu, mas ele... ele não sabe demonstrar. Ele não é como um pai, entendeu? [...] Não gosto de falar muito da minha vida. Eu não gosto da minha vida, entendeu? Não estou satisfeita com a minha vida. [...] Eu... eles (amigos)

querem... eu sinto assim, que eles querem mais se aproximar de mim, mas eu não deixo porque eu... eu não gosto de ficar contando essas coisas, entendeu. E se der... às vezes... porque aqui a gente conversa muito sobre família, [...] aí elas contam um negócio de família mas eu não tenho muita história para contar sobre família assim, porque a minha família é mais eu e a minha mãe, não teve... não teve histórias assim. Aí... assim, eu escuto. [Sobre envolvimento em conflitos, a adolescente comenta:] Aí a garota veio. Pô, se ela viesse me bater, eu não podia, pô, só levar. Aí eu falei: - Se ela vim eu vou também. Aí, as minhas amigas falaram que iam também [...] Na primeira série também que eu briguei com um menino. Aí eu fui e empurrei ele. Ele bateu com as costas nas carteiras aí ele machucou, sangrou e tal. [Sobre sua vida fala:] Ah! Eu... assim, eu acho que eu sonho tanto com o que eu queria que acontecesse que eu acabo nem vivendo a minha vida mesmo, entendeu? Eu passo a maior parte do tempo, é meio esquisito isso, mas eu passo a maior parte do tempo sonhando como eu queria que eu fosse. Até os meus defeitos assim, que eu não queria ter, entendeu? Eu fico sonhando muito, como as coisas deveriam ser que acabo nem prestando atenção no que eu faço e como eu sou direito. [Sobre si mesma comenta] eu acho que eu... que eu tenho qualidades, mas ninguém na minha idade sabe reconhecer essas qualidades. Eu... eu queria ser como uma adolescente normal, assim, da minha idade. Eu não queria ... eu não queria ser do jeito que eu sou. Podia ser completamente diferente, entendeu? Eu queria não ligar para essas coisas, não pensar nisso, que isso não fosse importante para mim [conflitos e desavenças familiares], assim, eu... eu vejo assim, os outros... pô, queria ser como elas, entendeu. Estar vivendo a idade dela, o momento dela, está aproveitando [...] qualquer pessoa da minha idade não... não tem essas coisas na cabeça, entendeu. Eu queria ser normal (risos) como todo mundo assim, entendeu?

Além das limitações apontadas em cada artigo, algumas lacunas muito importantes não foram aqui estudadas: os problemas psiquiátricos maternos ou de outros familiares e as dificuldades cognitivas das crianças e dos adolescentes. E também a ausência de uma abordagem mais analítica dos fatores investigados. Por exemplo, a

separação familiar pode ser menos prejudicial para um adolescente que conviva com a violência familiar. Também o elevado nível de conflitos com a mãe na infância ou na adolescência pode estar relacionado à depressão materna. Duas pessoas com sintomas depressivos na mesma casa tendem a maior irritabilidade, aumentando o conflito. E, a depressão relacionada a mais fatores genéticos, tende a maior nível de conflito (Marmostein & Iacono, 2004). Além do mais, aqui os fatores protetores não foram focados como essenciais na elucidação do quadro depressivo. Numa abordagem ecológica do estudo da violência na infância e adolescência o contraponto à diminuição do risco aumenta a proteção como fator essencial na redução da má adaptação e promoção de competência.

Sinais de problemas psiquiátricos na família de crianças depressivas

“Ela sempre foi uma criança calma [...] Depois que ficou maiorzinha é que tem crises de pesadelo, então ela grita de noite. E isso não passa, não melhora. É tímida e difícil de conversar com ela. E na escola também é assim, você explica, daqui a pouco, você pergunta de novo e ela não sabe [...] Acho que ela puxou um pouco a mim. Eu sou meio difícil de conversar também, entendeu? Quando eu era mais nova também era difícil eu conversar [...] É uma coisa meio que congênita, não é? Tem bastante ciúme. [A criança fala:] Você gosta mais do meu irmão do que de mim! Porque meu irmão aprende mais fácil e eu não aprendo, é por isso que você gosta mais do meu irmão do que de mim. [...]

[Sinal de problema psiquiátrico na família:] *Minha mãe teve uma crise nervosa. Eu estava discutindo com o meu marido, querendo bater nele e eu não sabia por que, entendeu? Eu tive um irmão pequenininho que faleceu. Minha mãe sempre conta que ela passou muito mal. Ela queria matar a enfermeira. Ela não viu mais nada. Para ela parecia que tinha acontecido naquele dia, mas já tinha um mês que ela estava no hospital. Então, nesse dia [da sua briga com o marido] ela teve uma crise dessa lá em casa. A Suzana ficou morrendo de medo. Até hoje ela dorme com a cabeça tapada e o travesseiro e tudo na cabeça.”*

(mãe de Suzana, 9 anos de idade)

É importante ressaltar que os fatores identificados aqui como de risco indicam a maior probabilidade de ocorrência do transtorno depressivo, mas eles não são determinantes ou garantias que precedem à depressão. O transtorno pode surgir mesmo na ausência desses fatores (Ruter, 2006). Por exemplo, as influências genéticas não produzem efeito diretamente nos transtornos psiquiátricos. Para que um gene, um fator ambiental ou psicológico seja um fator de risco, é preciso que seja considerado em um processo.

Independente dos fatores que impulsionam a ocorrência da depressão, é fundamental entendê-la no contexto da infância e da adolescência. Relacionamento familiar, ecologia da vizinhança e aquisição acadêmica podem ser mais salientes na infância de crianças escolares; já na adolescência, os amigos ganham notoriedade, as mudanças endócrinas e psicológicas causam estresse e o processo de individuação-separação do adolescente à formação da identidade está no auge. Contudo, a presença de múltiplos riscos no início da infância continua a ter um efeito significativo mais tarde. O tempo do risco pode ser uma chave importante nas conseqüências associativas.

Os achados aqui encontrados podem guiar intervenções. É preciso esforço na redução do número de fatores de risco ou de seu impacto já na vida pré-escolar da criança. Intervenções deveriam adotar uma postura compreensiva que englobassem aspectos da vida familiar, escolar e da comunidade tanto quanto possível. A melhor compreensão da abordagem genética pode oferecer benefícios em termos da predição dos problemas psiquiátricos, no refinamento do diagnóstico, na classificação e na descoberta de novos métodos de prevenção e tratamento.

Algumas considerações sobre prevenção e atendimento às crianças e adolescentes com transtornos depressivos

“Eu quero um tratamento para ele, eu sei que ele precisa de pessoas que entendam, porque eu não entendo. O que eu posso dar pra ele é amor, carinho, compreensão, correção, mas eu tenho certeza que meu filho precisa da ajuda de um profissional pra ele se relacionar melhor com as pessoas, porque o relacionamento com as pessoas é péssimo.”
(mãe de João, 8 anos de idade)

“Eu já procurei, aqui em São Gonçalo psicólogo é muito difícil. Tentei várias vezes e não consegui. Agora eu levei a médica, ela encaminhou para o neurologista. Eu tenho que aguardar 4 meses que talvez tenha neurologista no hospital geral.”
(mãe de Joaquim, 11 anos)

A maior parte das crianças e adolescentes que sofre de depressão não recebe tratamento. Nos Estados Unidos, apenas 23% dos adolescentes com transtorno depressivo já tinham procurado tratamento com um profissional de saúde mental no momento em que foram pesquisadas (Costello et al, 1996). No Brasil, o cenário é ainda mais precário pela própria limitação da oferta de serviços de psiquiatria infanto-juvenil. Estima-se que existam aproximadamente apenas 300 psiquiatras infantis no Brasil (Fleitich-Bilyk & Goodman, 2004). Nos EUA, enquanto 300 novos psiquiatras da infância e adolescência se formam por ano (depois de três anos de especialização), aqui apenas 31 são formados (com apenas um ano de formação especializada) (Abujadi et al, 2007).

Não resta dúvida da necessidade da oferta de um tratamento qualificado para essas crianças e adolescentes, dada a alta recorrência da depressão, o alto risco para o abuso de substância, doenças, gravidez precoce, suicídio e difícil funcionamento acadêmico e psicossocial (Goodyer, 2001).

Muitas são as controvérsias quanto ao tipo de tratamento mais indicado para a depressão nessas faixas etárias, mais ainda na infância. A resposta ao tratamento varia muito em crianças e adolescentes. Para o clínico, dentre as decisões mais básicas estão a determinação da natureza e o tipo de comorbidade para a indicação da estratégia de tratamento mais adequada - psicofarmacológica e/ou psicoterápica. No entanto, estratégias combinadas são sempre mais adequadas.

De maneira geral, a psicoterapia é um tratamento sempre indicado às crianças e adolescentes deprimidos, com destaque ao processo cognitivo-comportamental (Harrington et al, 1998). Intervenções familiares e “psicoterapias interpessoais” (baseado na premissa de que a depressão ocorre no contexto do relacionamento interpessoal) também têm demonstrado resultados significativos (Mufson et al, 1999; Lewinsohn et al, 1996). Se a severidade da depressão não é tanta, apenas a redução do estresse no ambiente de convívio da criança e do adolescente e o encorajamento do apoio podem minimizar o quadro depressivo (Harrington, 2002).

Casos mais persistentes e severos requerem formas de tratamento mais específicas e potenciais. Primeiramente, é preciso refletir sobre a necessidade de internação, em face da tendência ao suicídio e da recusa para alimentar-se. Além disso, a suspensão da vida escolar também deve ser considerada, já que a dificuldade de concentração e motora podem alimentar os sentimentos de mal-estar e desânimo, reduzindo ainda mais a auto-estima e conseqüentemente o quadro (Harrington, 2002).

Antidepressivos são indicados para crianças (com ressalvas) e adolescentes com: ciclo bipolar, sintomas severos que impedem a efetiva psicoterapia e a crônica ou recorrente depressão (Birmaher et al, 1998).

Todavia, muitas crianças e adolescentes não respondem efetivamente ao tratamento, e apenas uma minoria chega ao serviço de psiquiatria, principalmente devido ao pouco incômodo dos sintomas depressivos acarretado nos pais. Baseado nisso, estratégias preventivas são muito bem-vindas.

Programas mais universais que envolvem toda a população têm como foco a redução dos níveis de depressão ou esforços em desenvolver potenciais que podem proteger a ocorrência da depressão. O último inclui sessões educativas e técnicas cognitivo-comportamentais, com o objetivo particular de desenvolver as habilidades sociais, a competência social e a auto-estima (Clarke et al, 1993). Há também as propostas mais diretivas, aquelas direcionadas à população sob risco de desenvolver o quadro depressivo, com enfoque, por exemplo nos sintomas depressivos precoces, na história familiar de depressão, no estabelecimento do apego seguro, no fortalecimento do suporte social da família e no tipo de interação familiar (Brugha et al, 1999; Cicchetti et al, 2000).

Focando também nos profissionais que lidam diariamente com crianças e adolescentes, não só do campo da saúde, mas também da educação, há urgente necessidade de sensibilizá-los e capacitá-los. Esforços futuros devem ser feitos nessa direção!

Para finalizar, retomamos a idéia da importância do desenvolvimento humano no fluxo do comportamento, reforçando o seu valor no norte de programas preventivos e de atendimentos a crianças e adolescentes no auge de suas aquisições:

Andar era o meu projeto antes de ler. O texto que eu lia era a cidade; o livro que eu criei era um mapa... eu ia aumentando os limites do meu mapa. Sozinha, à noite, eu acrescentava ruas e aos velhos quarteirões, e imaginava conectá-los a pé... eu achava que minha vida dependia de guardar tudo aquilo na minha cabeça – lembrar onde eu morava, ou seja, o lugar para onde eu ia. Era um cálculo preciso.

Nas noites escuras eu voltava para casa exultante.... Que alegria, que alívio tomou conta de mim quando abri a pesada porta de entrada! Alegria e alívio porque do deserto mais solitário, eu havia encontrado uma vez mais minha casa, a minha família...

Um bebê observa suas mãos e sente-as se moverem.

Pouco a pouco, ele estabelece seus próprios limites na beirada curva e complexa rede. Mais tarde, ele toca uma palma com a outra e tenta, como que num jogo, distinguir as sensações experimentadas por cada uma das mãos.

O que é uma casa senão uma enorme pele, e um mapa do bairro senão a pele do mundo em constante expansão?

A pessoa madura é um dos produtos mais notáveis que qualquer sociedade pode produzir. É uma catedral viva, a obra de muitos indivíduos durante muitos anos.

Annie Dillard

David W. Plath

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, K. *On character and libido development*. New York: W.W. Norton, 1911.
- ABUJADI, C.; MORAES, C.; CIASCA, S.M.; MOURA-RIBEIRO, M.V. *Number of specialist and vacancies for residents in child psychiatry: a way to access the quality of assistance to Brazilian people*. ESCAP, 2007.
- ACHENBACH, T.M. *Manual for the child behavior check-list/4-18*. Burlington: University of Vermont/Department of Psychiatry, 1991.
- ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. *Manual for the ASEBA School-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.
- AGUDELO, S.F. La violencia: un problema de salud publica que se agraba em la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS* 1990; 11: 01-07.
- AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. *Manual de Psicopatologia Infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- ALMQUIST, F. et al. Psychiatry disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 8(4): 17-28.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual de Diagnostico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- ANGOLD, A. et al. Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and White youth. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59: 893-901.
- ANGOLD, A.; COSTELLO, E.J. A test-retest reliability study of a child-reported psychiatric symptoms and diagnoses using the Child and Adolescent Psychiatric Assessment. *Psychological Medicine* 1995; 25: 755-762.
- ANGOLD, A.; COSTELLO, E.J. MESSER, S.C.; PICKLESS, A.; WINDER, F.; SILVER, F. The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5: 237-249.
- ANGOLD, A.; COSTELLO, E.J. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000; 39(1): 39-48.

ANGOLD, A.; COSTELLO, E.J.; ERKANLI, A. Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999; 40: 57-87.

ANGULO, F. Étude comparative dans les dépressions de deux systèmes classificatoires (DSM-III et CFTMEA). *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1990; 38(10/11): 589-591.

ANTONI, C.; KOLLER, S.H. Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. *Psico* 2000; 31(1): 39-66.

ASSIS, S.G. *Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J. *Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (orgs.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.163-198.

ASSIS, S.G.; PESCE, R.P.; AVANCI, J. *Resiliência: enfatizando a proteção na adolescência*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AVANCI, J.Q.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.C. Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2007; 20(3): 397-405.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N (orgs.). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu Editora, 1989.

BAHLS, S.C. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24: 63-7.

BARDEN, R.C.; ZELKO, F.A.; DUNCAN, S.W.; MASTERS, J.C. Children's consensual knowledge about the experiential determinants of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1980; 39: 368-376.

BEARDSLEE, W.R.; WRIGHT, E.; ROTHBERG, P.C.; SALT, P.; VERSAGE, E. Response of families to two preventive intervention strategies: long-term differences in behavior and attitude change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 774-782.

BECK, A.T. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row, 1967.

BEE H. *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BERRIOS, G.E. Melancholia and depression during the nineteenth century: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry* 1988;153: 298-304.

BIRD, H.R. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J. Child. Psychol. Psychiat.* 1996; 37(1): 35-49.

BIRMAHER, B. et al. Randomized, controlled trial of amitriptyline vs. placebo for adolescents with 'treatment resistant' major depression. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 527-535.

BIRMAHER, B.; RYAN N.D.; WILLIAMSON D.E. Childhood and Adolescents Depression: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 1996; 35(11): 1427-1439.

BLAZER, D.G.; KESSLER, R.C.; MCGONAGLE, K.A.; SWARTZ, M.S. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 979-986.

BONEY-MCCOY, S.; FINKELHOR, D. Is youth victimization related to trauma symptom and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 1406-1416.

BORDIN, I.A.S.; MARI, J.J.; CAEIRO, M.F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APA*, 1995; 17(2): 55-66.

BOWLBY, J. *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books, 1988.

BOWLBY, J. *Apego e perda: apego*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BRASIL, H.H.A. *Depressão na Infância: em busca de uma definição clínica*. Dissertação (Mestrado)- Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL, H.H.A. *Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School aged children present and lifetime version) e estudo de suas propriedades psicométricas*. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 936, de 18 de maio de 2004: dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios*. Brasília: MS, 2004.

BRONFENBRENNER, U. *The Ecology of Human development*. Cambridge, MA.: Harvard University Press, 1979.

BRUGHA, T. et al. *One year mental health outcomes of a randomized trial of antenatal preventative psychosocial intervention: final report to the NHS Executive*. Leicester: University of Leicester/Department of Psychiatry, 1999.

CAVALCANTI, M.L. *A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades*. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). *IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 100 Capitais Brasileiras*. São Paulo: CEBRID, 1997.

CENTRE FRANÇAIS DE PROTECTION DE L'ENFANCE (CFPE). *Sommaire – Dossier: la maltraitance, ce ne'st pas une fatalité! La lettre du ventre français de protection de l'enfance*, Paris, 22: 1-5, 1996.

CHAMBERS, W. et al. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structure interview: test-retest reliability of the K-SADSD. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 702.

CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; ALVES, M.G.M.; LOPES, C.S. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Publica* 2001; 17(4): 887-896.

CICCHETTI, D; ROGOSH, F.A.; TOTH, S.L. The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psycholog* 2000; 28:135-148.

CICCHETTI, D; TOTH, S.L. The developmental perspective on child abuse and neglect. *American Academy Children Adolescent Psychiatry* 1995; 34:541-565.

CLARKE, G.N.; HAWKINS, W.; MURPHY, M.; SHEEBER, L. School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: findings from two studies. *Journal of Adolescent Research* 1993; 8: 183-204.

COLE, D.A.; MARTIN, J.M.; POWERS, B. A competency-based model of child depression: a longitudinal study of peer, parent, teacher, and self-evaluations. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 38: 505-514.

COLE, D.A.; TURNER, J.E. Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 102: 271-281.

COLE, M.; COLE, S. *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

CONSELHO TUTELAR I DE SÃO GONÇALO. *Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Conselho Tutelar I de São Gonçalo, 2000.

COSER, O. *Depressão: clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COSTELLO, E.J et al. Psychiatry disorders in pediatric primary care: prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45: 1107-1116.

COSTELLO, E.J.; ERKANLI, A.; ANGOLD, A. Is there an epidemic of child and adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47(12): 1263-1271.

COSTELLO, E.J.; FARMER, M.; ANGOLD, A.; BURNS, B.J.; ERKANLI, A. The Great Smoky Mountains Study of Youths: goals, designs, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arquivos of General Psychiatry* 1996; 53: 1129-1136.

COSTELLO, E.J.; FOLEY, D.L.; ANGOLD, A. 10-year Update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatry disorders: II. Developmental Perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45(1): 8-25.

CREAK, E.M.; SHORTING, B.J. Child psychiatry. *Journal of Mental Science* 1944; 90: 365-381.

CYTRYN, L.; MCKNEW, D. *Growing up sa: childhood depression and its treatment*. USA: Norton, 1996.

DALGLEISH, T. et al. Information processing in recovered depressed children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatr* 1998; 39: 1031-1035.

DAWSON, G.; GROFER KLINGER, L.; PANAGIOTIDES, H.; SPIEKER, S.; FREY, K. Infants of mothers with depressive symptoms: electroencephalograph and behavioral findings related to attachment status. *Development and Psychopatology* 1992; 4: 67-80.

DEPARTAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. *Atendimento ao adolescente em conflito com a lei: reflexões para uma prática qualificada*. Brasília: 72p (Coleção Garantia de Direitos. Séries Idéias e resultados. Cadernos DCA/SNDHIMJ,1)

DESLANDES, S.F. *Prevenir e proteger: análise de um serviço de atenção à criança vítima de violência doméstica*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ENSP/CLAVES/OPS, 1994. Relatório final de pesquisa.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.C. Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: MINAYO, M.C.S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 43-78.

DIENER, E.; EMMONS, R.A.; LARSEN, R.J.; GRIFIN, S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment* 1985; 49: 71-75.

DOI, Y.; ROBERTS, R.; TAKEUCHI, K.; SUZUKI, S. Multiethnic comparison of adolescent major depression based on the DSM-IV criteria in a US-Japan study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40:1308-1315.

DOWNEY, G.; WALKER, E. Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. *Development and Psychopathology* 1992; 4:81-95.

ELEY, T.C.; STEVENSON, J. Exploring the covariation between anxiety and depression symptoms: a genetic analysis of the effects of age and sex. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999; 40:1273-1282.

EMERY, R.E.; LAUMANN-BILLINGS, L. Child abuse. In: RUTTER, M.; TAYLOR, E. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4.ed. Oxford: Blackwell Science, 2002. p.325–339.

FENDRICH, M.; WARNER, V.; WEISSMAN, M.M. Family risk factors, parental depression and psychopathology in offspring. *Dev. Psychol.* 1990; 26: 40-50.

FERGUSON, D.; HORWOOD, L. The Christchurch health and development study: review of findings on child and adolescent mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 287-296.

FERGUSON, D.; LYNSKEY, M.T.; HORWOOD, L.J. Origins of the comorbidity between conduct and affective disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 451-460.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004; 43(6): 727-734.

FOMBONNE, E. Time trends in affective disorders. In: COHEN, C.; ROBINS, L.N. *Historical and Geographical influences on psychopathology*. NJ: Lawrence Erlbaum, 1999. p.115-139.

FOMBONNE, E.; WOSTEAR, G.; COOPER, V.; HARRINGTON, R.; RUTTER, M. The Maudesly long-term follow-up of child and adolescent depression: I. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 210-217.

FORD, T., GOODMAN, R.; MELTZER H. The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 1203-1211.

FREUD, S. *Mourning and Melancholia*. [S.l.]: Hogarth Press, 1917. Collected Papers, IV.

FROMMER, E.A. Treatment of childhood depression with antidepressant drugs. *British Medical Journal* 1968; 1: 729-732.

GARBARINO, J. *Raising children in a socially toxic environment*. San Francisco, CA: Jossey Bass, 1995.

GARRISON, C.Z.; ADDY, C.L.; JACKSON, K.L.; McKEOWN, R.E.; WALLER, J.L. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1991; 30:597-603.

GIACOMONI, C.; HUTZ, C. A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida. In: SOCIEDADE INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA (Org.). XXVI Congresso Interamericano de Psicologia, Anais... São Paulo, SP: SIP, 1997.p. 313.

GLASER, K. Masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy* 1967; 32: 404-415.

GOLSE, B; MESSERSIMITT, P. *L'Enfant Deprime*. Paris: PUF, 1983.

GOODMAN, R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001; 40(11):1337-1345.

GOODMAN, R.; SCOTT, S. *Psiquiatria Infantil*. [S.l.]: Roca, 2004.

GOODMAN, S.H.; GOTLIB, I.H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999; 106:458-490.

GOODYER, I. *Life Experiences, Development and Childhood Psychopathology*. Chichester: John Wiley, 1990.

GOODYER, I. *The depressed child and adolescent*. United Kingdom: Cambridge University Press, 2001.

GOODYER, I.; ASHBY, L.; ALTHAM, P.M.E.; VIZE, C.; COOPER, P.J. Temperament and major depression in 11-16 year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993; 34: 1409-1423.

GOODYER, I.; HERBERT, J.; TAMPLIN, A.; SECHER, S.M.; PEARSON, J. Short-term outcome of major depression. II. Life events, family disfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 474-480.

GOODYER, I.M. et al. Depression in 11 to 16 year old girls: the role of past parental psychopathology and exposure to recent undesirable life events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993; 34: 1103-1117.

GOUVEIA, V.V.; BARBOSA, G.A.; ALMEIDA, H.J.F.; GAIÃO, A.A. Inventário de depressão infantil – CDI: estudo de adaptação em escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileira de Psiquiatria* 1995; 44(7): 345-349.

GRAHAM, P.; RUTTER, M. Psychiatric disorders in the young adolescent: a follow up study. *Proceedings of the royal society of medicine* 1973; 6: 1226-1229.

GROTEVANT, H.D. Adolescent development in family contexts. In: DAMON, W.; EISENBERG, N. (Eds.). *Handbook of Child Psychology*. 5.ed. New York: Wiley, 1998. v. 3: Social, Emotional, and Personality Development. p. 1097-1149.

HAMMEN, C.; BURGE, D.; ADRIAN, C. Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 341-345.

HAMMEN, C.; BURGE D.; ADRIAN C. Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *J. Consult. Clin. Psychol* 1991; 59: 341-345.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine* 1980; 10: 231-241.

HARRINGTON, R. Transtornos Depressivos em Crianças e Adolescentes: uma revisão. In: MAJ, M; SARTORIUS, N. *Transtornos Depressivos*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.191-248.

HARRINGTON, R.; WHITTAKER, P.; SHOEBRIDGE, P. Psychosocial treatment of depression in children and adolescents: a review of treatment research. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 291-298.

HARRINGTON, R.C. Affective Disorders. In: RUTTER, M.; TAYLOR, E. *Child and Adolescent Psychiatry*. USA: Blackwell Publishing, 2002. p.463-485.

HARRINGTON, R.C. *Depressive Disorder in Childhood and Adolescence*. Wiley, Chichester: [s.n], 1993.

HARRINGTON, R.C.; FUDGE, H.; RUTTER, M.; PICKELS, A.; HILL, J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Risk for antisocial disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1991; 30: 434-439.

HARRINGTON, R.C.; FUDGE, H.; RUTTER, M.; PICKELS, A.; HILL, J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47: 465-473.

HARRINGTON, R.C.; HARRISON, L. Unproven assumptions about the impact of bereavement on children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1999; 92: 230-233.

HARTER, S. A cognitive-developmental approach to children's expression of conflicting feelings and a technique to facilitate such expression in play therapy. *Journal of Consulting and clinical psychology* 1977; 45: 417-432.

HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalência semântica e de mensuração. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(4): 1083-1093.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública* 1994; 10(1): 135-145.

HESS, L.E. Changing family patterns in Western Europe: opportunity and risk factors for adolescent development. In: RUTTER, M.; SMITH D.J. (eds.). *Psychosocial Disorders in Young People: time trends and their causes*. Wiley: Chichester, 1995. p. 104-193.

HONKAVAARA, S. The psychology of expression. *British Journal of Psychology Monograph Supplement* 1961; 32: 27-72.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Crianças e Adolescentes: indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de indicadores sociais 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

KAHN, T. et al. *O dia a dia nas escolas (violências auto-assumidas)*. São Paulo: Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (ILANUD); Instituto Sou da Paz, 1999. Projeto de Pesquisa.

KAPLAN, J.H. et al. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 954-959.

KASLOW, N.J.; REHM, L.P.; SIEGEL, A.W. Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1984; 12: 605-620.

KENDALL, P.C.; STARK, K.D.; ADAM, T. Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1990; 18: 255-270.

KILPATRICK, D.G.; RUGGIERO, K.J.; ACIERNO, R.; SAUNDERS, B.E., RESNICK, H.S.; BEST, C.L. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 692-700.

KLEINBAUM, D.G.; KUPPER, L.L.; MORGENSTERN, H. *Epidemiologic research: principles and quantitative methods*. California: Lifetime Learning Publications, 1982.

KOVACS, M. et al. Depressive disorders in childhood. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch. Gen. Psychiatry* 1984; 41:229-237.

KOVACS, M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica* 1981; 34: 715-723.

KOVACS, M.; GATSONIS, C.; PAULASKAS, S.; RICHARDS, C. Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry* 1989; 46: 776-782.

LEFKOWITZ, M.M.; TESINY, E.P. Rejection and depression: prospective and contemporaneous analyses. *Developmental Psychology* 1984; 20:776-785.

LEWINSOHN, P.M.; CLARKE, G.N.; ROHDE, P.; HOPS, H.; SEELEY, J.R. A course in coping: a cognitive behavior approach to the treatment of adolescent depression In: HIBBS, E.; JENSES, P.S. *Psychosocial Treatment for child and adolescents disorders: empirically based strategies for clinical practice*. [S.l.: s.n], 1996. p.109-135.

LEWINSOHN, P.M.; KLEIN, D.N. 1995. Bipolar disorders in a community sample of older adolescence: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *Journal Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1984; 34: 454-463.

LEWINSOHN, P.M.; ROHDE, P.; KLEIN, D.N.; SEELEY, J.R. 1999. Natural course of adolescent major depressive disorder. I. Continuity into young adulthood. *Journal Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38: 56-63.

LEWINSOHN, P.M.; ROHDE, P.; SEELEY, J.R. 1994. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 297-305.

LEWINSOHN, P.M.; ROHDE, P.; SEELEY, J.R. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 1998; 18:765-794.

LEWINSOHN, P.M.; ROHDE, P.; SEELEY, J.R.; FISHER, S.A. Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 102:110-120

LOPES NETO, A.A.; SAAVEDRA, L.H. *Diga Não para o Bullying: Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre estudantes*. Rio de Janeiro: ABRAPIA/PETROBAS, 2003.

LOW, B.P.; ANDREWS, S.F. Adolescent suicide. *Med. Clin. North. Am.* 1990; 74(5): 1251-1264.

MALMQUIST, C.P. Depressions in Childhood and adolescent. *N. England J. Med.* 1971; 284: 955-961.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br. J. Psychiatry* 1986; 148: 23-6.

MARMORSTEIN, N.R.; IACONO, W.G. Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent-child conflict *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45 (2): 377-386.

MASSOLA, G.; SILVARES, E.F.M. Percepção do Comportamento Infantil Por Professoras Versus Sexo e Encaminhamento para Atendimento Psicológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 1997; 13(3): 303-309.

MCGRATH, E. et al. *Women and depression. Risk factors and treatment issues*. Washington, DC: American Psychological Association, 1990.

MEERUM TERWOGT, M. Disordered children's acknowledgement of multiple emotions. *Journal of General Psychology* 1990; 117: 59-69.

MELO, M.H.S.; SILVARES, E.F.M. Grupo cognitivo-comportamental com famílias de crianças com déficits em habilidades sociais e acadêmicas. *Temas em Psicologia* 2003; 11: 2.

MERIKANGAS, K.R. et al. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *British Journal of Psychiatry* 1996; 30: 58-67.

MILLER, J.A. *O livro de referência para a depressão infantil*. São Paulo: M. Books, 2003.

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública* 1994; 10:7-18.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (orgs.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MIOTO, R.C.T. *Famílias de jovens que tentam suicídio*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1994.

MONTREAL-CENTRE. *Quand ça gronde dans ma famille: Trousse de sensibilisation au dépistage des enfants témoins de violence conjugale*. Centre de Communication em Santé Mentale de L'Hôpital Rivière-des-Prairies (CECOM). Direction de La Santé Publique de Montreal-Centre, 1997.

MORAES, P.F. *Meninas de rua: procura-se uma saída!* Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

MORGENSTERN, H. *Epidemiologic methods* I. EUA: UCLA, 1989.

MORON, P.; CHABROL, H. Dépression chez l'enfant: sémiologie habituelle. In: DUGAS, M. (ed.). *Depression chez l'Enfant: theories et réalités*. Paris: Médecine et Enfance, 1985. p.75-78.

MUFSON, L.; WEISSMAN, M.M.; MOREAU, D.; GARFINKEL, R. Efficacy of interpersonal psychotherapy of depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 573-579.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. (eds.). *The global burden of disease*. Geneva: World Health Organization, 1996.

NISSEN, G. Masked depression in children and adolescent. In: P. KIELHOLTZ (ed). *Masked depression*. Switzerland: Hans Huber, 1973. p.133-143.

NOGUEIRA, R.; MONREAL, P. Depresión infantil y variables demográficas. In: El Doménech, A P. *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Editorial Expans, 1988.

O'CONNOR, T.G.; NEIDERHISER, J.M.; REISS, D.; HETHERINGTON, E.M.; PLOMIN, R. Genetic contributions to continuity, change and co-ocurrence of anti-social and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1998; 39:323-336.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS)/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE(OPS). *Protocolo para estudio de Maltrato Físico Interpesonal de los Ninos*: Propuesta de protocolo. Division de promocion y protección

de la salud, programa de la salud familiar y Población, programa de Estilo de Vida y Salud Mental. Switzerland, Geneva, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Report of the consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 1999. Documento WHO/HSC/PVI/99.1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Geneva: WHO, 2001.

OSOFSKY, J.D. 1995. The effects of exposure to violence in young people. *American Psychologist* 1995; 50(9): 782-788.

PESCE, R.P. et al. Adaptação transcultural, validade e confiabilidade da escala de resiliência. *Cadernos Saúde Pública* 2005;21(2): 436-448.

PITZNER, J.K.; DRUMMOND, P.D. The Reliability and Validity of Empirically Scaled Measures of psychological/Verbal control and Physical/Sexual Abuse: Relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 2: 125-142.

POZNANSKI, E.; ZRULL, J.P. Childhood depression: clinical characteristics of overtly depressed children. *Archives of General Psychiatry* 1970; 23: 8-15.

REPPOLD, C. et al. Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. (org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.7-52.

RHODE, P.; LEWINSOHN, P.M.; SEELEY, J.R. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100: 214-222.

ROSENBERG, M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1989.

RUTTER, M. Afterword. Maternal depression and infant development: cause and consequences; sensitivity and specificity. In: MURRAY, L.; COOPER, P. *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford, 1997. p.295-315.

RUTTER, M. *Genes and Behavior*. USA: Blachwell-Publishing, 2006.

RUTTER, M. Negative life events and family negativity: accomplishments and challenges. In: HARRIS, T. *Where Inner and Outer Worlds Meet: Essays in Honour of George W. Brown*, London: Taylor & Francis, 2000. p.25-40.

RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITMORE, K. (eds.). *Education, Health and Behavior*. London: Longman, 1970.

SALVO, C.G.; SILVARES, E.F.M.; TONI, P.M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estud. psicol.* (Campinas) 2005; 22(2):187-195.

SAMEROFF, A.J.; HAITH, M.M. *The five to seven year shift*. London: The University of Chicago Press, 1996.

SANDERS, B.; BECKER-LAUSEN, E. The measurement of Psychological Maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse & Neglect* 1995; 19(3): 315-323.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 707-717.

SCOTT, W.C.M. The psychoanalytic concept of the origin of depression. *British Medical Journal* 1948; i: 538.

SHAFFER, D. et al. The NIMH diagnostic interview schedule for children (DISC-2.3): description, acceptability, prevalences, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 856-877.

SHATKIN, J.P.; BELFER, M.L. The global absence of child and adolescent mental health policy. *Child and Adolescent Mental Health* 2004; 9(3): 104-108.

SIGURDSSON, G.; FOMBONNE, E.; SAYAL, K.; CHECKLEY, S. Neurodevelopmental antecedents of early-onset bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 121-127.

SILBERG, J.; RUTTER, M.; NEALE, M.; EAVES, L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 116-121.

SIMINOFF, E. et al. The Virginia Twin Study of adolescent behavioral development: influences of age, sex and impairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 801-808.

SPITZ, R. Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the child* 1946; 2: 313-342.

SPITZ, R. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

SPITZER, R.L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J.B. Validation and utility of a self-report version of Prime-MD: the patient health questionnaire (PHQ) primary care. *JAMA* 1999; 282(18): 1737-1744.

STRAUS, M.A. *Beating the devil out of them: physical punishment in american families*. New Brunswick, London: Transaction Publishers, 1994.

STRAUS, M.A. Measuring familiar conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family* 1981; 41:75-88.

STRAUS, M.A. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales *Journal of Marriage and the Family* 1979; 41(1): 75-88.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. *Physical Violence in American Familie: risk factors and adaptations to violence in 8.145 families*. New Brunswick, London: Transaction Publishers, 1995.

SUKIENNIK, E.S.; SALLE, E. Depressão. In: COSTA, M.C.O.; SOUZA, R.P. (orgs). *Adolescência*. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.340-349.

TANG, C. Frequency of parental violence against children in Chinese families: Impact of age and gender. *Journal of Family Violence* 1998; 13(2): 113-130.

THE R-PROJECT FOR STATISTICAL COMPUTING. *The R Foundation for Statistical Software- R version 2.6.1*: November, 2007. Disponível em: www.r-project.org.

TILLMAN, R.M.S. et al. Relationship of Parent and Child Informants to Prevalence of Mania Symptoms in Children With a Prepubertal and Early Adolescent Bipolar Disorder Phenotype. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1278-1284.

TOOLAN, J.H. Depression in children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry* 1962; 32: 404-415.

TROMBETA, L.H.; GUZZO, R.S.L. *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. Campinas-SP: Alínea, 2002.

TURK, J.; GRAM., P., VERHULST, F. *Child and Adolescent Psychiatr: a developmental approach*. New York: Oxford University Press, 2006.

VÉLEZ, C.N.; JOHNSON, J.; COHEN, P. A longitudinal analysis of selected risk factors of childhood psychopatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989; 28: 861-864.

WAGNILD, G.M.; YOUNG, H.M. Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement* 1993; 1(2): 165-178.

WANG, C.T.; HARDING, K. *Current Trends in Child Abuse Reporting and Fatalities: The Results of the 1998 Annual Fifty State Survey*. Chicago, IL: Prevent Child Abuse America, 1999.

WECHSLER, D. *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: manual-adaptação e padronização brasileira*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

WEINBERG, W. A., RUTMAN, J. SULLIVAN, L. Depression in children referred to an educational diagnostic center. *J. Pediatr.* 1973; 83(6): 1065-1072.

WEISSMAN, M.M.; WARNER, V.; WICKRAMARATNE, P.J; MOREAU, D. Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 932-940.

WESTPHAL, M.F. (org.). *Violência e Criança*. São Paulo: EDUSP, 2002.

WHYBROW, P.C. *A mood apart: depression, mania and other afflictions on the self*. Nova York: Basic Books, 1997.

WICKRAMARATNE, P.J.; WEISSMAN, M.M. Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 933-942.

WINNICOTT, D.W. Primitive emotional developmental. *International Journal Psychoanalysis* 1945; 26: 137-43.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ZINN-SOUZA, L.C.; NAGAI, R.; TEIXEIRA, L.R.; LATORRE, M.R.D.O.; ROBERTS, R.; COOPER, S.P., FISHER, F.M. Factors associated with high depression school students in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42(1): 34-40.

ZOCCOLILLO, M. Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: a review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31: 547-56.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)