



Ministério da Educação  
Universidade Federal do Rio Grande  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde



**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE E FATORES ASSOCIADOS EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE UNIDADES DE ACOLHIMENTO NA REGIÃO  
SUL DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

**Thiago Ribeiro Moreira**

Rio Grande  
2019



Ministério da Educação  
Universidade Federal do Rio Grande  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde



**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE E FATORES ASSOCIADOS EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE UNIDADES DE ACOLHIMENTO NA REGIÃO  
SUL DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza Sassi

**Coorientador:** Prof. Dr. Lucas Neiva Silva

Rio Grande

2019

Thiago Ribeiro Moreira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE E FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE UNIDADES DE ACOLHIMENTO NA REGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. Silvio Omar Macedo Prietsch – FURG

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva – UCPel

Prof. Dr. Linjie Zhang (Suplente) - FURG

Prof. Dr. Lucas Neiva Silva (coorientador) – Furg

Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza Sassi (Orientador) - FURG

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>09</b> |
| <b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>2.1 Políticas públicas de assistência social e diretrizes para o acolhimento institucional infantojuvenil .....</b> | <b>11</b> |
| <b>2.2 Acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Brasil .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>2.3. Transtornos mentais na infância e na adolescência.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>2.4 Diagnóstico de transtornos depressivos e transtornos de ansiedade.....</b>                                      | <b>17</b> |
| <b>2.5 Revisão Sistemática.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>2.6 Fluxograma da revisão sistemática .....</b>   | <b>21</b> |
| <b>2.7 Discussão da revisão sistemática .....</b>  | <b>37</b> |
| <b>3 OBJETIVOS.....</b>  | <b>40</b> |
| <b>3.1 Objetivo Geral.....</b>   | <b>40</b> |
| <b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>   | <b>40</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>ARTIGO PARA SUBMISSÃO.....</b>  | <b>46</b> |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>   | <b>62</b> |
| <b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....</b>   | <b>63</b> |
| <b>APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO .....</b>   | <b>77</b> |
| <b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TÉCNICOS.....</b>   | <b>78</b> |
| <b>APÊNDICE D - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MENORES .....</b>  | <b>79</b> |

## RESUMO

**Introdução:** O acolhimento institucional de crianças e adolescentes é uma medida provisória e de exceção e que geralmente é considerada como uma alternativa menos adequada para o desenvolvimento desta população. Crianças e adolescentes que vivem em unidades de acolhimento apresentam menor expectativa para o futuro, além de problemas de sociabilidade, maior dificuldade de vínculo com adultos e risco no que se refere à saúde mental.

**Objetivo:** Medir a prevalência de depressão e ansiedade e os fatores associados em crianças e adolescentes residentes em unidades de acolhimento na região sul do Rio Grande do Sul.

**População estudo:** Indivíduos em acolhimento institucional na faixa etária de 7 a 18 anos nos municípios de Pelotas e Rio Grande.

**Delineamento:** Estudo transversal de base populacional.

**Desfecho:** Depressão e transtornos de ansiedade.

**Processo amostral:** Censitário.

**Análise dos dados:** Foi realizada a análise descritiva das principais características dos acolhidos, assim como o cálculo da prevalência de ansiedade e depressão; a seguir, foram analisados os fatores associados ao desfecho, mediante uma análise bivariada utilizando o teste de qui-quadrado. Em todos os testes foi utilizado  $p < 0,05$  bicaudais.

**Palavras-chave:** Saúde da criança institucionalizada; Saúde do adolescente institucionalizado; Serviços de proteção infantil; Transtorno depressivo; Transtornos de ansiedade.

## ABSTRACT

**Introduction:** The institutional reception of children and adolescents is a temporary and exceptional measure and is generally considered as a less suitable alternative for the development of this population. Children and adolescents living in foster care units have lower expectations for the future, as well as sociability problems, greater difficulty in bonding with adults and risk regarding mental health.

**Objective:** To measure the prevalence of depression and anxiety and associated factors in children and adolescents living in foster care units in southern Rio Grande do Sul.

**Study population:** Individuals in institutional care aged 7 to 18 years in the municipalities of Pelotas and Rio Grande.

**Design:** Population-based cross-sectional study.

**Outcome:** Depression and anxiety disorders.

**Sampling process:** Census.

**Data analysis:** A descriptive analysis of the main characteristics of the host was performed, as well as the calculation of the prevalence of anxiety and depression; Then, the factors associated with the outcome were analyzed using a bivariate analysis using the chi-square test. In all tests we used  $p < 0.05$  two-tailed.

**Keywords:** Health of Institutionalized Children; Health of Institutionalized Adolescents; Child Protective Services; Depressive Disorder; Anxiety Disorders.

## LISTA DE TABELAS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tabela 1 – Revisão Sistemática.....</b> | <b>24</b> |
|--|-----------|

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 – Descritores Mental Disorders or Mentally ill Persons e Transtorno Mental<br>or Doença Mental ..... | 21 |
| Figura 2 – Descritores Anxiety or Anxiety Disorders e Transtorno de Ansiedade<br>or Ansiedade .....           | 22 |
| Figura 3 – Descritores Depressive Disorder or Depression e Transtorno depressivo<br>or Depressão .....        | 23 |



## 1 INTRODUÇÃO

Em todo mundo, existem instituições de acolhimento infantojuvenil mantidas pelo estado para garantir a proteção, segurança e assistência social de crianças e jovens em situação de vulnerabilidade, seja em função de violência doméstica, abuso físico, psicológico e sexual, maus tratos, negligência ou situações de conflito e guerra (AHMAD, 2005).

Essas instituições possuem como objetivo garantir o desenvolvimento físico, educacional, e psicossocial dos menores acolhidos (AYAS, 2012). No entanto, se este é o lado positivo do tipo de medida protetiva aplicada por essas instituições, há de se considerar que existam também aspectos de risco a serem levados em conta.

Em longo prazo, o cuidado institucional tem sido associado a prejuízos no desenvolvimento emocional e psíquico (AHMAD, 2005), atraso no crescimento e falta de estímulo ambiental (AYAS, 2012). Pesquisas com crianças institucionalizadas comprovam as consequências negativas causadas em uma variedade de aspectos do desenvolvimento, dependendo de uma série de fatores associados (ELLIS, 2004).

Os efeitos negativos da institucionalização estão relacionados a pouca responsabilidade no cuidado, falta de estímulo e ausência de elementos básicos consistentes necessários ao desenvolvimento comportamental e emocional da criança (ELLIS, 2004). Estudos revelam que crianças que vivem em unidades de acolhimento apresentaram menor expectativa para o futuro, além de problemas de sociabilidade, maior dificuldade de vínculo com adultos e risco no que se refere à saúde mental (AHMAD, 2005).

Grande parte das crianças e adolescentes que são institucionalizados passa por eventos traumáticos, assim como dificuldades de ajustamento no processo de institucionalização (AYAZ, 2012). O afastamento da família em idade precoce ou a institucionalização de longa duração aumenta o risco associado aos transtornos mentais (CHENG, 2015).

Eventos negativos na primeira infância estão relacionados a problemas psicológicos, sendo que a continuidade do contato com a família mesmo depois do acolhimento, a irregularidade nos vínculos com os pais e a exposição aos conflitos

familiares, aumentam o sentimento de abandono, impactando sua saúde psíquica (AYAS, 2012).

A falta de estímulos e os problemas de vínculo afetivo com a família estão associados a problemas comportamentais, atraso no desenvolvimento global, sensório-motor, linguagem e inteligência. Menores criados em instituições podem apresentar uma maior prevalência de hiperatividade, comportamento opositor, agressividade, depressão, ansiedade e queixas somáticas quando comparadas com aqueles criados por suas famílias (AYAS, 2012). Crianças e jovens institucionalizados apresentam maior dificuldade escolar e risco de envolvimento com criminalidade (FORD, 2007).

Embora haja pesquisas que demonstrem o impacto negativo da institucionalização na saúde psíquica de menores e comprovem que o acolhimento é um fator de risco, pouco se conhece e foi estudado sobre seus efeitos e variabilidade no que tange aos transtornos mentais e a diversidade dos sintomas apresentados (ELLIS, 2004).

Considerando essa problemática em que está imersa a atenção psicossocial de crianças e adolescentes acolhidos, propõem-se avaliar a prevalência de depressão e ansiedade e os fatores associados em crianças e adolescentes residentes em unidades de acolhimento na região sul do Rio Grande do Sul.

## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 Políticas públicas de assistência social e diretrizes para o acolhimento institucional infantojuvenil**

O acolhimento institucional de crianças e adolescentes é uma medida provisória e de exceção e que geralmente é considerada como uma alternativa menos apropriada para o desenvolvimento de seus experientes. No entanto, essa medida pode ser essencial em situações que ferem a condição de pessoa em desenvolvimento, como abandono, maus tratos, negligência, entre outras (ABAID, 2013).

O Estatuto da criança e do adolescente (ECA) garante a população infantojuvenil o direito de convivência prioritária na comunidade e família de origem, e em casos excepcionais, em família substituta (BRASIL, 1990). Desse modo, o encaminhamento de crianças e adolescentes a serviços de acolhimento institucional só deverá ocorrer quando esgotarem-se todas as possibilidades de cuidado na família de origem, extensa ou comunidade (BRASIL, 2009).

Tendo como premissa o caráter de exceção do afastamento familiar, ficou estabelecido pelo ECA que em situações nas quais o menor sofra violência praticada por familiares ou responsáveis que residam no mesmo domicílio, o poder judiciário poderá definir que o agressor seja afastado da moradia comum (BRASIL, 2009). Além disso, em situações de urgência e exceção, o próprio serviço de acolhimento poderá acolher crianças e adolescentes em risco sem a determinação judicial prévia, e comunicar ao Juizado da Infância e Juventude em até 24 horas (BRASIL, 1990).

Sendo necessário o acolhimento, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Serviço Único de Assistência Social e orientações técnicas do governo federal, foi recomendado que municípios acima de 50 mil habitantes, assim como Estados que disponibilizam o serviço de acolhimento de forma regionalizada, estruturarem em seus órgãos gestores de assistência social uma central de acolhimento (BRASIL, 2017). A central de acolhimento deve registrar, controlar e sistematizar informações sobre os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes (BRASIL, 2009).

Conforme normativas técnicas que orientam o acolhimento infantojuvenil, o funcionamento dos abrigos deve ser similar a uma residência, estar localizado em território próximo a família e inserido na comunidade, além de acolher no máximo a 20 menores (BRASIL, 2009). Já o acolhimento em casas-lares deve ocorrer em unidade residencial em que uma pessoa ou um casal cuidador é responsável por um grupo máximo de 10 crianças ou adolescente, estimulando relações mais próximas ao ambiente familiar (BRASIL, 2009).

A regulação dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes prevista na resolução nº.109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social (CONSELHO..., 2009), estabelece como serviços de acolhimento institucional as modalidades de abrigos institucionais, casas-lares, casas de passagens e residências inclusivas, os quais compõem a rede de serviço de proteção social especial de alta complexidade (CONSELHO...2009).

Apesar de estar prevista na Política nacional de assistência social de 2004 diferentes modalidades de acolhimento, o abrigo é o mecanismo habitualmente utilizado por juízes da infância e juventude para a proteção e cuidado de menores em risco, seja por opção, ou pela inexistência de casas-lares, assim como sua incapacidade de absorção da demanda (CONSELHO..., 2013). Sendo efetivado o acolhimento, o dirigente do serviço a qual o menor foi acolhido passa a ser equiparado ao guardião do acolhido para todos os efeitos de direito (BRASIL, 1990).

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade devem estar localizados na comunidade, possuir características residenciais, estrutura física adequada e garantir as necessidades básicas dos usuários, oportunizando condições de habitação, higiene, salubridade, segurança, privacidade e acessibilidade (CONSELHO..., 2009). Além disso, o documento prevê que crianças e adolescentes com vínculos familiares devem ser atendidos na mesma unidade de acolhimento.

Tendo em vista a fiscalização e controle social dos serviços de acolhimento governamentais e não governamentais, as entidades deverão realizar no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) o registro de seus programas de acolhimento, assim como o regime de atendimento (BRASIL, 1990). Além disso, cabe ao CMDCA renovação da autorização de funcionamento e a

reavaliação dos serviços e seus respectivos programas, no máximo a cada dois anos (BRASIL, 1990).

Para que sejam oferecidas as crianças e aos adolescentes intervenções que estejam em consonância com suas necessidades de cuidado, sejam educacionais, sociais, de saúde ou judiciária, o órgão de acolhimento deve elaborar e implementar o Plano de Atendimento Individual (PIA) (BRASIL, 2009). O instrumento orienta sobre as ações que serão desenvolvidas objetivando a proteção integral, reinserção familiar, comunitária e sua autonomia (BRASIL, 2017).

O PIA possibilita que a partir do estudo aprofundado de cada caso, é possível produzir intervenções e atividades a serem realizadas com a criança, adolescente e sua família durante o período de acolhimento (BRASIL, 2017). Desse modo, é possível conhecer o perfil psicossocial dos acolhidos e de suas famílias, assim como fatores de risco no que se refere aos transtornos mentais.

Quando identificada a incidência de transtornos mentais, assim como uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, o serviço de acolhimento deve acionar os dispositivos da rede de atenção psicossocial por meio da atenção básica ou Centro de Atenção Psicossocial, no município que houver (BRASIL, 2009). Nesse contexto, o que se espera é que àquela criança ou adolescente que antes era submetida a uma situação desfavorável ao seu desenvolvimento possa ser afastada dos riscos aos quais estava exposta.

## **2.2 Acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Brasil**

Instituições voltadas para o acolhimento de crianças e adolescentes em condições desfavoráveis ao seu desenvolvimento estão presentes há muito tempo na sociedade brasileira. Desde a roda dos expostos, ainda no período colonial, passando pelos internos, formatados nos moldes das instituições totais, até os abrigos de proteção existentes atualmente (ABAID, 2013). O gerenciamento e implantação dessas instituições já estiveram sob o domínio da igreja e profissionais filantropos antes que o estado assumisse para si essa responsabilidade.

Apesar das diferentes perspectivas histórico-culturais que permearam as mudanças nesse campo, foi apenas a partir da Constituição Federal de 1988 (GUEDES, 2014) e da criação do Sistema Único de Saúde, além da promulgação do

Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) na década de 90, que a população infantojuvenil passou a ser vista como sujeitos de direito, de forma que se alterou o olhar do Estado no que se refere à assistência e cuidado (DELFINI, 2012).

A garantia dos direitos das crianças e adolescentes é de responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade e família, que juntos devem proteger de toda e qualquer forma de negligência, discriminação, exploração e violência (GONTIJO, 2011). Desse modo, quando a família e sociedade não garantem a proteção da criança frente a situações adversas que comprometam seu bem-estar físico e psicológico, o Estado, por meio da institucionalização em unidades de acolhimento e abrigos públicos tenta garantir a prestação de cuidados (PEREIRA, 2010).

O ECA prevê que deve ser acolhido todo aquele que precisa ser afastado da família até o momento em que a mesma possa oportunizar condições adequadas ao desenvolvimento do menor (CONZATTI, 2015). É encargo do serviço de acolhimento à institucionalização de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, garantindo o acesso à educação, saúde, moradia e alimentação (GONTIJO, 2011). O acolhimento pode ser realizado em abrigos, casas-lares ou casa de passagem (CONZATTI, 2015).

Dados do relatório da resolução nº.71/2011, do Conselho Nacional do Ministério Público, que se refere ao direito à convivência familiar e comunitária, indicam que a região sudeste abarca o maior número de abrigos do país (53%), enquanto a região sul ocupa a segunda posição com 21%. Já em casas-lares é a região sul que está em primeiro lugar com 45% e o sudeste em segundo com 34%. (CONSELHO..., 2013).

No Brasil, no ano de 2013 existiam cerca de 2.247 unidades de acolhimento institucional infantojuvenil, com capacidade para 45.569 menores, sendo que o número de atendidos está em 29.321. O estado do Rio Grande do Sul possui 2.549 crianças e adolescentes em abrigos e 419 em casas-lares, num total de 186 serviços de acolhimento (CONSELHO..., 2013).

Ao analisar a idade dos acolhidos, percebe-se que o maior número encontra-se entre meninos e meninas de 0 a 15 anos, sendo que na região sul a maior incidência é de meninos entre 6 e 11 anos (802) e meninas entre 12 e 15 anos (777). Nas casas-lares número de acolhidos é maior entre meninos de 6 a 11 anos e

meninas entre 12 e 15 anos, repetindo-se a tendência nacional na região sul (CONSELHO..., 2013).

Os principais motivos de acolhimento são pais ou responsáveis dependentes químicos/alcoolistas, negligência, abandono pelos pais ou responsáveis e violência doméstica e abuso sexual praticado pelos pais ou responsáveis (CONSELHO..., 2013).

No que se refere aos acolhidos com necessidades de cuidado em condições especiais, a prevalência total de abrigados com transtorno mental é de 189, enquanto a região sul do país possui 89 abrigados com transtorno psíquico. Em relação ao uso de substâncias psicoativas, 78 crianças ou adolescentes em situação de abrigamento apresentam dependência química no país, sendo que na região sul este número é de 26 abrigados (CONSELHO..., 2013).

Quanto aos fatores de riscos referentes à institucionalização, Ribeiro e Ciampone (2002) apontaram, por exemplo, a falta de um atendimento personalizado e a ausência de relações afetuosas e de qualidade nos abrigos. Em seu estudo, Barros & Fiamengui Jr (2007) evidenciaram a existência de hostilidade verbal, poucas ocorrências de carinho, palavras incentivadoras e contato físico entre os monitores e os abrigados. Além da questão do afastamento familiar por longos períodos, que por muitas vezes extrapola os limites de uma situação que deveria ser transitória e de curto tempo (ABAID, 2013).

Considerando que pesquisas conduzidas com adolescentes (FEITOSA et al, 2011) evidenciaram que aqueles expostos à violência urbana mostraram ter duas vezes mais problemas de saúde mental, e àqueles expostos à violência intrafamiliar mostraram-se três vezes mais propensos a apresentar esses problemas, essa perspectiva volta a ser tencionada.

### **2.3 Transtornos mentais na infância e na adolescência**

Nas últimas décadas percebe-se uma alteração dos padrões de adoecimento psíquico infantojuvenil, sendo que os transtornos neuropsiquiátricos (45%) estão entre as principais causas de anos de vida perdidos por incapacidade entre jovens de 10 a 24 anos (LOPES, 2016).

De maneira geral, estima-se que a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes possa alcançar de 10% a 20%, sendo que desse total, de 3% a 4% possuem a necessidade de um tratamento intensivo (BRASIL, 2005). As estimativas acompanham os dados da Organização Mundial da Saúde, a qual estima que 20% da população infantojuvenil está suscetível às condições negativas de saúde (WHO, 2012).

Os problemas mentais mais comuns na infância e adolescência incluem os transtornos de conduta, os transtornos de atenção e hiperatividade e os transtornos emocionais. Esses distúrbios são importantes na medida em que impõem sofrimento aos jovens e àqueles com quem convivem, e também porque interferem no desenvolvimento psicossocial e educacional, com o potencial de gerar problemas psiquiátricos e de relacionamento interpessoal na vida adulta (FEITOSA et al, 2011).

Apesar dos números estimados pelo governo federal, pesquisas demonstram uma maior prevalência de transtornos mentais entre a população infantojuvenil do que a estimada. Cid (2014) encontrou a prevalência de 43%, sendo que mais de 50% apresentavam problemas emocionais. Gallo et al. (2011), em um estudo de coorte observaram 32% da amostra com problemas de saúde mental. Meninos apresentaram uma maior porcentagem (35%) em relação às meninas (29,2%). Para Sá (2010), a prevalência encontrada foi de 22,4%, sendo que 19,4% apresentaram problemas internalizantes, nos quais depressão e ansiedade estão incluídas.

A prevalência de transtorno mental encontrada por Lopes (2016) entre adolescentes brasileiros foi de 30%, meninas 38,4% e meninos 21,6%. A maior prevalência ocorre entre meninas com idade de 15 a 17 anos, estudantes de escolas privadas da região norte do país. Em contrapartida, a menor prevalência observa-se entre meninos de 12 a 14 anos, de escolas privadas da região sudeste. A idade média para o início precoce ocorre aos 13 anos com transtorno de ansiedade (LOPES, 2016).

Ansiedade e depressão aparecem entre os transtornos mais presentes em diversos estudos, conforme corrobora Valverde (2012) ao encontrar o maior percentual de sua amostra (22,5%) com ansiedade/depressão, atingindo principalmente meninas (27%), que apresentaram quase o dobro dos meninos (15%). Porcentagem próxima foi encontrada por Borsa (2011) que verificou a prevalência de 25% entre crianças e adolescentes (meninos 11,4% e meninas



13,6%). Prevalência menor foi encontrada por Paula (2008) em estudo transversal que observou 11,4% da amostra com ansiedade/depressão.

Em relação às condições relacionadas aos transtornos mentais, as situações de violência doméstica, sejam físicas ou psicológicas, são os fatores que estão mais associados aos transtornos mentais infantojuvenil (PINTO, 2014). O autor esclarece ainda que no âmbito social verifica-se a presença de ocorrência de abuso sexual com ameaça de vida e lesão física, além de violência física sofrida. Também deve ser levado em consideração o fato de que algumas crianças não desenvolvem algumas habilidades que seriam esperadas em seu estágio de desenvolvimento, causando uma sobrecarga emocional ao entrar na adolescência e causando sintomas de ansiedade e depressão (VALVERDE, 2012).

Ser do sexo feminino, dificuldade de sociabilidade aparecem como fatores de risco para depressão, já a habilidade de empatia e autocontrole indicam fator de proteção. A dificuldade de estabelecer relações se constitui não somente como fator determinante, mas também como mantenedor do estado depressivo em função da perda de reforçadores como afeto e aprovação social (CAMPOS, 2014). O processo clínico da depressão na infância e adolescência ocorre de modo distinto da fase adulta, pois são mais propensos a sintomas somáticos e menor ocorrência de melancolia e tentativas de suicídio, tornando o diagnóstico mais complexo (SANTOS, 2014).

Além dos fatores associados à depressão e ansiedade, é necessário compreender o impacto que tais transtornos causam na vida de crianças e adolescentes. Rodrigues et al. (2012), verificaram que 27% de jovens com critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade, possuíam risco de suicídio, demonstrando uma diferença significativa daqueles indivíduos da amostra que não apresentaram critérios diagnósticos para ansiedade, assim como aqueles que apresentaram algum transtorno de humor.

## **2.4 Diagnóstico de transtornos depressivos e transtornos de ansiedade**

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (AMERICAN..., 2014) define que os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo

episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

O transtorno depressivo maior representa as características padrão desse grupo de transtornos, caracterizando-se por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. Um dos critérios diagnósticos é ter cinco (ou mais) sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior (AMERICAN..., 2014).

Entre os sintomas apresentados poderá ocorrer humor deprimido na maior parte do dia, acentuada diminuição do interesse ou prazer nas atividades cotidianas, perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, Insônia ou hipersonia, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, fadiga ou perda de energia, afetando significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (AMERICAN..., 2014).

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (AMERICAN..., 2014) caracteriza os transtornos de ansiedade pelo medo e ansiedade excessivos, além de perturbações comportamentais relacionados. Esclarece que tendem a ser comórbidos entre si, porém, podem ser identificados pelo exame de situações que são temidas ou evitadas e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associados (AMERICAN..., 2014). Deve-se diferenciar o medo e ansiedade provenientes de um processo adaptativo, daqueles que se constituem como sintoma dos transtornos de ansiedade.

Segundo define o DSM-5 (AMERICAN..., 2014), para ser definido como sintoma, deverá persistir além do que seria o esperado para o nível de desenvolvimento do indivíduo, podendo durar seis meses ou mais em adultos e um menor período em crianças. Só poderá ser definido como transtorno de ansiedade quando os sintomas não forem consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento, outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

O DSM-5 (AMERICAN..., 2014) define como critérios diagnósticos as seguintes características para os transtornos:

a) transtorno de ansiedade de separação: apresenta apreensão, ansiedade em relação à separação das figuras de apego até um ponto em que é impróprio para o nível de desenvolvimento, medo ou ansiedade persistente quanto à ocorrência de dano às figuras de apego e em relação a eventos que poderiam levar a perda ou separação de tais figuras e relutância em se afastar delas, além de pesadelos e sintomas físicos de sofrimento;

b) fobia específica: indivíduos que apresentam fobia específica são apreensivos, ansiosos ou se esquivam de objetos ou situações circunscritos. Medo, ansiedade ou esquiva é quase sempre imediatamente induzido pela situação fóbica, até um ponto em que é persistente e fora de proporção em relação ao risco real que se apresenta;

c) transtorno de ansiedade social (fobia social): temor, ansiedade ou esquiva de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado são sinais habituais em pessoas fóbicas.

d) transtorno de pânico: apresentar ataques de pânico inesperados recorrentes, apreensão persistente ou preocupação com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas em seu comportamento devido aos ataques de pânico, atingindo um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos.

e) transtorno de ansiedade generalizada: os sinais principais são ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fatigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono.

Instrumentos de avaliação padronizados funcionam como auxiliares importantes no processo diagnóstico de transtornos mentais na infância e juventude, além de facilitar a realização de estudos epidemiológicos com o este desfecho.

O Inventário de Depressão Infantil – CDI foi adaptado por Gouveia (1995) do instrumento auto-aplicável Inventário Depressão de Beck, elaborado por Kovaks (1983), tendo como objetivo avaliar os sintomas depressivos entre jovens de 7 a 17

anos (COUTINHO, 2008). O CDI possui 27 itens sobre a incidência e severidade de sintomas depressivos, havendo para cada item três opções de respostas (zero a dois) (ABAID, 2010), com ponto de corte para sintomatologia clínica em 17 pontos. Em um estudo realizado por Whatier (2008) sobre a análise fatorial do instrumento, comprovou-se que o instrumento possui uma boa consistência interna, características psicométricas satisfatórias e adequação como instrumento de rastreamento para os mais diversos contextos que a amostra avaliada se encontre.

O Child Anxiety Related Emotional Disorders – SCARED é uma escala com 38 itens e 5 subescalas, elaborada por Birmaher e Cols (1997) para avaliar sintomas dos transtornos de ansiedade entre pessoas de 7 a 17 anos, tendo como base os critérios diagnósticos do DSM-IV (BARBOSA, 2002). Em pesquisa realizada com 2410 crianças e adolescentes, comprovou-se que o instrumento possui propriedades psicométricas apropriadas e confiáveis para avaliar transtornos de ansiedade (ISOLAN, 2011). O SCARED é validado (BARBOSA, 2012) e indicado para estudos epidemiológicos em função de sua fácil aplicação e adequação para screening. A confiabilidade e consistência foram comprovadas através de teste-reteste (ISOLAN, 2011).

## **2.5 Revisão sistemática**

A revisão bibliográfica foi realizada nos bancos de dados PubMed, Bireme e Web of Science, tendo como critério os indexadores em ciências da saúde DECS e MESH. Foram utilizando como Descritores “Anxiety OR Anxiety Disorders”; “Transtorno De Ansiedade OR Ansiedade”; “Depressive Disorder OR Depression”; “Transtorno Depressivo OR Depressão”; “Mental Disorders OR Mentally Iii Persons”; “Transtorno Mental OR Doença Mental”.

Recuperou-se 3390 artigos que posteriormente foram exportados para o programa EndNote para identificação e exclusão das duplicatas, permanecendo 2680 documentos para leitura dos títulos, 127 para leitura dos resumos e 84 artigos para leitura na íntegra. Desse total, permaneceram 19 artigos na revisão.

Como critérios de inclusão foram considerados os artigos que possuíam como desfecho a depressão e ansiedade entre crianças e adolescentes em unidades de acolhimento institucional e estudos epidemiológicos.

## 2.6 Fluxograma da revisão sistemática

Figura 1 – Descritores Mental Disorders or Mentally ill Persons e Transtorno Mental or Doença Mental

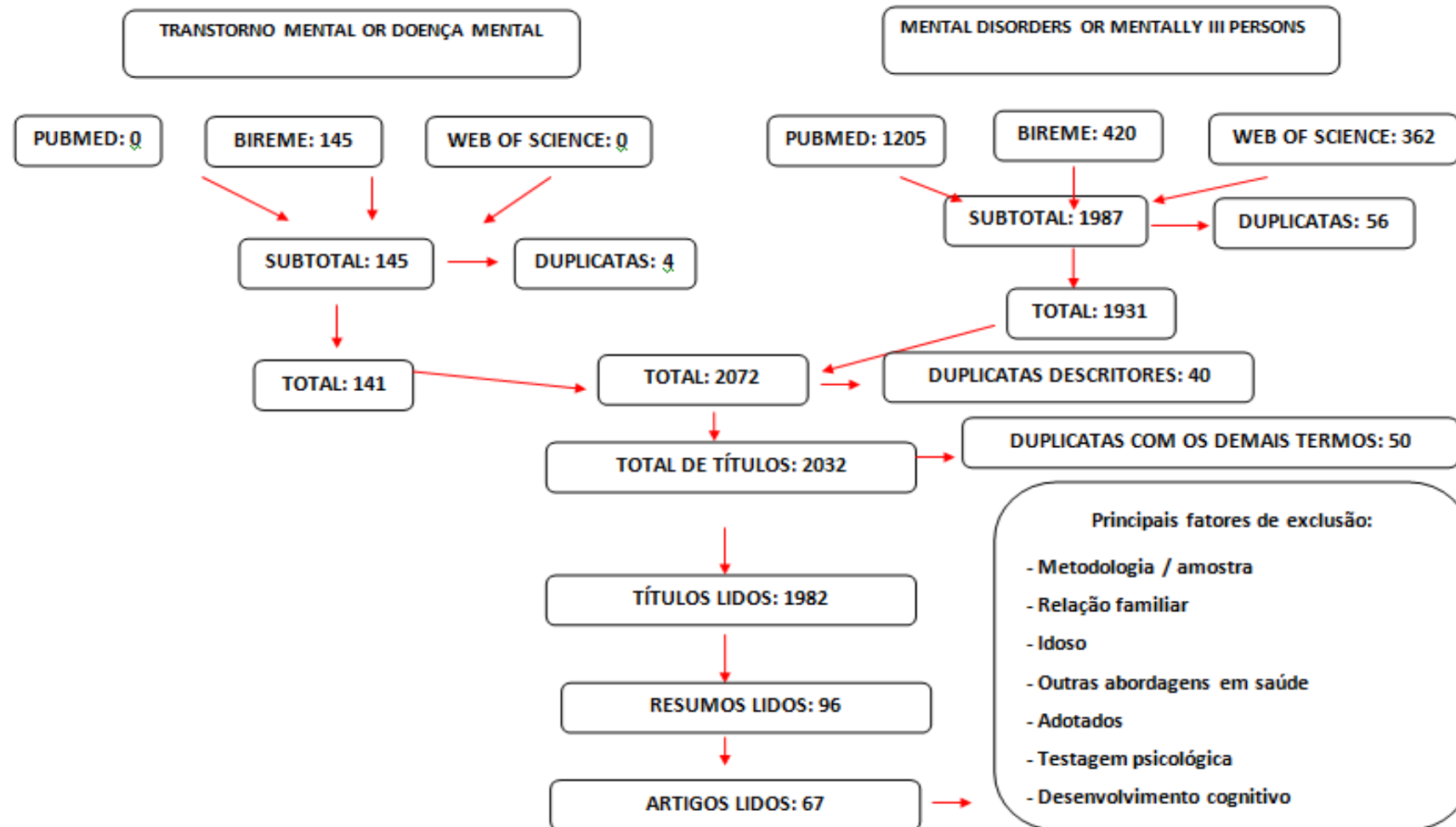


Figura 2 – Descritores Anxiety or Anxiety Disorders e Transtorno de Ansiedade or Ansiedade

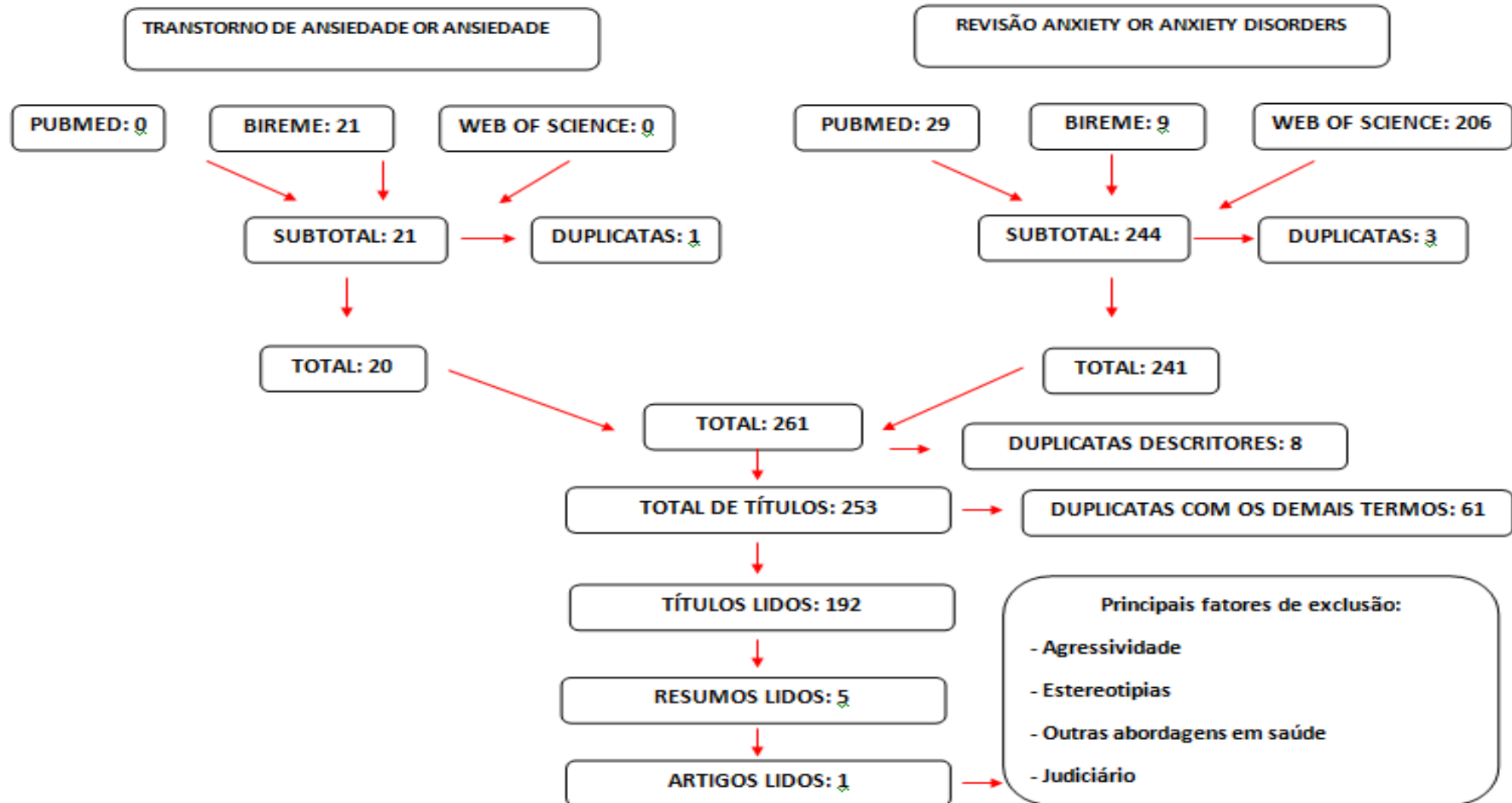


Figura 3 – Descritores Depressive Disorder or Depression e Transtorno depressivo or Depressão

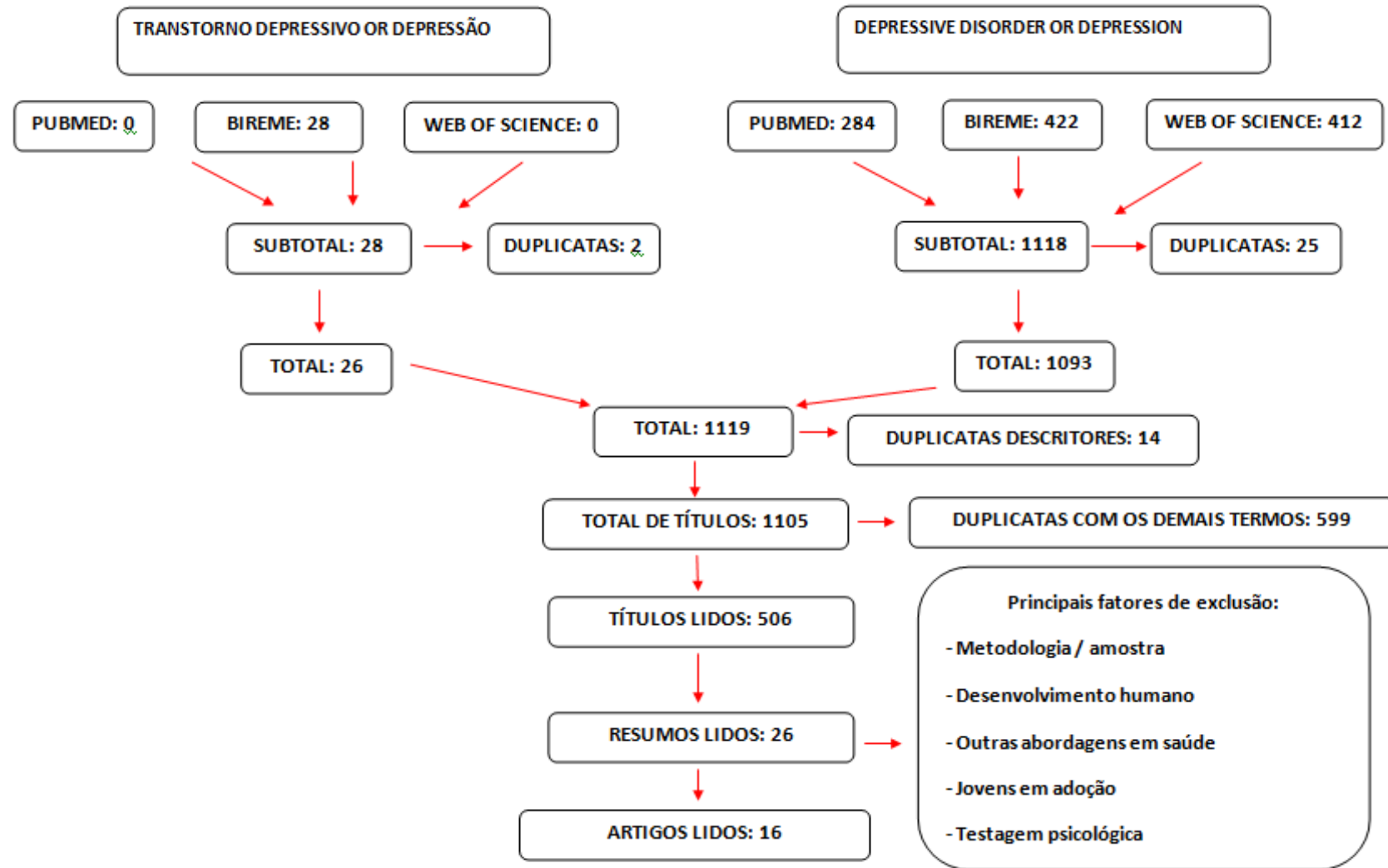


Tabela 1 - Revisão Sistemática

| Autor/Título/País/<br>Ano  | N/ Tipo<br>amostra                         | Delineamento | Desfecho<br>(idade)  | Instrumento  | Prevalência                              | Medida risco/proteção   |
|--|--|--------------|--|--|--|---|
| Abaid, J.; Dell'aglio, D.;<br>Koller, S.<br><br>Preditores de sintomas<br>depressivos em<br>crianças e adolescentes<br>institucionalizados<br><br>Brasil, 2010                 | 127<br><br><u>Amostra:</u><br>conveniência | Longitudinal | Preditores de<br>transtornos<br>depressivos<br><br>(7 – 16a) | Inventário de Eventos<br>Estressores na<br>Infância e na<br>Adolescência - IEEIA<br><br>Inventário de<br>Depressão Infantil -<br>CDI | <u>Depressão:</u><br>31.5%               | Ter problema com professor: $\beta$ 0.15<br><br>Sentir-se rejeitado pelos colegas e amigos:<br>$\beta$ 0.14<br><br>Um dos pais residindo longe (ser apenado/<br>residência afastada da instituição): $\beta$ 0.13 |
| Autor/Título/País/<br>Ano  | N/ Tipo<br>amostra                         | Delineamento | Desfecho<br>(idade)  | Instrumento  | Prevalência                              | Medida risco/proteção   |
| Fernández-Molina, M. et<br>al.<br><br>Problemas de conducta<br>de los adolescentes en<br>acogimiento<br>preadoptivo, residencial<br>y con familia extensa<br><br>Espanha, 2011 | 181<br><br><u>Amostra:</u><br>aleatória    | Transversal  | Prevalência de<br>transtornos de<br>ansiedade<br><br>(11-18) | Child Behavior Check<br>List - CBCL  | <u>Transtorno de<br/>ansiedade:</u> 7.1% |   |



| Autor/Título/País/<br>Ano  | N/ Tipo<br>amostra                              | Delineamento                                     | Desfecho<br>(idade)   | Instrumento                    | Prevalência   | Medida risco/proteção  |
|--|---|--|---|--------------------------------|---|--|
| <p>Mutiso, V. et al.</p> <p>Epidemiological patterns and correlates of mental disorders among orphans and vulnerable children under institutional care</p> <p>Quênia, 2016</p> | <p>630</p> <p><u>Amostra:</u><br/>aleatória</p> | <p>Dados extraídos de um estudo longitudinal</p> | <p>Prevalência de transtornos depressivos</p> <p>(10-18a)</p> | <p>Youth Self Report - YSR</p> | <p><u>Depressão/ Ansiedade:</u> 14.9% IC (12.2; 17.9)</p> <p>Menino: 17.3% IC (13.0; 21.5)</p> <p>Menina: 13% IC (9.5; 16.5)</p> <p><u>Depressão/ Isolacionismo:</u> 11.9% IC (9.5; 14.6)</p> <p>Menino: 11.3% IC (7.7; 15.1)</p> <p>Menina: 12.4% IC (9.2; 16.2)</p> | <p><u>Depressão/ Ansiedade</u></p> <p>Ser menina: RO 0.5 IC (0.3; 0.9)</p> <p>Não estar em tratamento psicológico: RO 0.5 IC (0.3; 0.8)</p> <p><u>Depressão/ Isolacionismo:</u></p> <p>Não estar em tratamento psicológico: RO 0.5 IC (0.2; 0.9)</p> |

| Autor/Título/País/<br>Ano  | N/ Tipo<br>amostra                         | Delineamento | Desfecho<br>(idade)                                      | Instrumento  | Prevalência   | Medida risco/proteção   |
|--|--|--------------|--|--|---|---|
| Segura, Anna et al.<br><br>Poly-victimization and psychopathology among spanish adolescents in residential care<br><br>Espanha, 2016 | 127<br><br><u>Amostra:</u><br>conveniência | Transversal  | Prevalência de transtornos depressivos<br><br>(12 - 17a) | Questionário de Vitimização Juvenil - JVQ<br><br>Youth Self Report - YSR | <u>Depressão/ Ansiedade</u><br><br>G. Vítima: 11.8%<br><br>G. Baixa poli-vitimização: 19.5%<br><br>G. Alta poli-vitimização: 33.3%<br><br><u>Depressão/ Isolacionismo</u><br><br>G. Vítima: 8.8%<br><br>G. Baixa poli-vitimização: 14.6%<br><br>G. Alta poli-vitimização: 22.2% | <u>Depressão/ Ansiedade</u><br><br>Alta poli-vitimização:<br>RO 4,550<br>IC (1,204; 17,186)<br><br><u>Depressão/ Isolacionismo</u><br><br>Abuso sexual:<br>RO 4.757<br>IC (1.137; 19.909) |

| Autor/Título/País/<br>Ano   | N/ Tipo<br>amostra  | Delineamento       | Desfecho<br>(idade)  | Instrumento  | Prevalência   | Medida risco/proteção |
|---|---|--------------------|--|--|---|-----------------------|
| <p>Stahlberg, Ola;<br/>Anckarsater, Henrik;<br/>Nilsson, Thomas</p> <p>Mental health problems<br/>in youths committed to<br/>juvenile institutions:<br/>prevalences and<br/>treatment needs</p> <p>Suécia, 2010</p> | <p>100</p> <p>Amostra:<br/>Conveniência/<br/>censitária</p> | <p>Transversal</p> | <p>Prevalência de<br/>transtornos<br/>depressivos e<br/>de ansiedade</p> <p>(12 – 19a)</p> | <p>Entrevista clínica</p> <p>Escala Wechsler de<br/>Inteligência para<br/>Adultos – WAIS</p> <p>Escala Wechsler de<br/>Inteligência para<br/>Criança - WISC</p> <p>Inventário de<br/>Temperamento e<br/>Caráter de Cloninger<br/>para Crianças - TCI</p> <p>Inventário Junior de<br/>Temperamento e<br/>Caráter de Cloninger<br/>para Crianças – TCI-J</p> <p>Beck Youth<br/>Inventories - BYI</p> <p>The Autism, Tics,<br/>AD/HD and other<br/>Comorbidities<br/>inventory - ATAC</p> <p>Youth Self Report -<br/>YSR</p> <p>Psychopathy Checklist-<br/>Revised - PCL-R</p> <p>Inventário de Traços<br/>Psicopáticos – YPI</p> | <p><u>Depressão maior:</u><br/>23%</p> <p><u>Transtorno de<br/>ansiedade:</u> 19%</p> |                       |

| Autor/Título/País/<br>Ano   | N/ Tipo<br>amostra                                 | Delineamento       | Desfecho<br>(idade)   | Instrumento   | Prevalência  | Medida risco/proteção  |
|---|--|--------------------|---|---|--|--|
| <p>Yendork, J. Salifu; Somhlaba, Nceba Z.</p> <p>Stress, coping and quality of life: an exploratory study of the psychological well-being of ghanaiian orphans placed in orphanages</p> <p>Gana, 2014</p> | <p>200</p> <p><u>Amostra:</u><br/>conveniência</p> | <p>Transversal</p> | <p>Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade</p> <p>(7 – 17a)</p> | <p>Inventário de Depressão Infantil – CDI</p> <p>Revised Children’s Manifest Anxiety Scale - RCMAS</p> <p>Escala Kidcope</p> <p>World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-BREF</p> | <p><u>Transtorno de ansiedade:</u> 25%</p> <p><u>Depressão:</u> 41%</p>  |  |
| Autor/Título/País/<br>Ano   | N/ Tipo<br>amostra                                 | Delineamento       | Desfecho<br>(idade)   | Instrumento   | Prevalência  | Medida risco/proteção  |
| <p>Gearing, Robin E. et al.</p> <p>Prevalence of mental health and behavioral problems among adolescents in institutional care in Jordan</p> <p>Jordania, 2013</p>  | <p>70</p> <p><u>Amostra:</u><br/>Aleatória</p>     | <p>Transversal</p> | <p>Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade</p> <p>(11-18a)</p>  | <p>Child Behavior Check List - CBCL</p>   | <p><u>Depressão:</u> 33%</p> <p><u>Depressão/ isolamento:</u> 31%</p> <p><u>Depressão/ Ansiedade:</u> 23%</p> <p><u>Transtorno de ansiedade:</u> 23%</p> | <p><u>Transtorno de ansiedade</u></p> <p>Fator de proteção</p> <p>Menina:<br/><math>\beta</math> -4.63 EP (1.70)</p> <p>Tempo de institucionalização:<br/><math>\beta</math> -0.36 EP (0.18)</p> |

| Autor/Título/País/<br>Ano   | N/ Tipo<br>amostra                                | Delineamento       | Desfecho<br>(idade)  | Instrumento  | Prevalência                  | Medida risco/proteção   |
|---|---|--------------------|--|--|------------------------------|---|
| <p>Gearing; Robin E. et al.</p> <p>Prevalence and correlates of depression, posttraumatic stress disorder, and suicidality in Jordanian youth in institutional care</p> <p>Jordânia, 2015</p> | <p>86</p> <p><u>Amostra:</u><br/>conveniência</p> | <p>Transversal</p> | <p>Prevalência de transtornos depressivos</p> <p>(7-18a)</p> | <p>PTSD Index for DSM-IV - UPID</p> <p>Escala do Center for Epidemiological Studies - Depression - CES-D</p> <p>Child Behavior Check List - CBCL</p> <p>Youth Self Report - YSR</p> <p>Escala de Autoeficácia Geral Percebida - EAGP</p> | <p><u>Depressão:</u> 45%</p> | <p>Homem: RO 1.34</p> <p>Idade: RO 1.18</p> <p>História de abuso: RO 1.31</p> |

| Autor/Título/País/<br>Ano   | N/ Tipo<br>amostra                       | Delineamento | Desfecho<br>(idade)  | Instrumento   | Prevalência   | Medida risco/proteção  |
|---|--|--------------|--|---|---|--|
| Ford, Tamsin et al.<br><br>Psychiatric disorder among british children looked after by local authorities: comparison with children living in private households<br><br>Grã-Bretanha, 2007 | 1543<br><br><u>Amostra:</u><br>aleatória | Transversal  | Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade<br><br>(5-17a) | The Development and Well-Being Assessment - DAWBA<br><br>Questionário de Capacidades e Dificuldades - SDQ | <u>Transtorno de ansiedade:</u> 11.1%<br><br><u>Transtorno de ansiedade generalizada:</u> 1.9%<br><br><u>Transtorno de ansiedade de separação:</u> 2%<br><br><u>Fobia específica:</u> 1.1%<br><br><u>Transtorno de ansiedade social:</u> 0.7%<br><br><u>Outros transtornos de ansiedade:</u> 4.4%<br><br><u>Depressão:</u> 3.4% | <u>Transtorno de ansiedade</u><br><br>Cuidado institucional:<br>RO 2.09<br>IC (1.58; 2.76)<br><br><u>Transtorno de ansiedade generalizada</u><br><br>Cuidado institucional: RO 1.61 IC (0.78; 3.32)<br><br><u>Transtorno de ansiedade de separação</u><br><br>Cuidado institucional<br>RO 1.92 IC (1.05; 3.51)<br><br><u>Outros transtornos de ansiedade</u><br><br>Cuidado institucional: RO 2.86<br>IC (1.86; 4.39)<br><br><u>Depressão</u><br><br>Cuidado institucional: RO 2.28<br>IC (1.34; 3.88) |

| Autor/Título/País/<br>Ano   | N/ Tipo<br>amostra                              | Delineamento       | Desfecho<br>(idade)   | Instrumento  | Prevalência  | Medida risco/proteção |
|---|---|--------------------|---|--|--|-----------------------|
| <p>Mackenzie, Michael J. et al.</p> <p>Child mental health in Jordanian orphanages: effect of placement change on behavior and caregiving</p> <p>Jordânia, 2014</p>   | <p>134</p> <p><u>Amostra:</u><br/>aleatória</p> | <p>Transversal</p> | <p>Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade</p> <p>(1,5 – 12a)</p> | <p>Child Behavior Check List - CBCL</p>                  | <p><u>Depressão:</u> 15%</p> <p><u>Depressão/Ansiedade:</u> 10%</p> <p><u>Depressão/Isolacionismo:</u> 22%</p> <p><u>Transtorno de ansiedade:</u> 7%</p> |                       |
| Autor/Título/País/<br>Ano   | N/ Tipo<br>amostra                              | Delineamento       | Desfecho<br>(idade)   | Instrumento  | Prevalência  | Medida risco/proteção |
| <p>Keller, Thomas E.; Salazar, Amy M.; Courtney, Mark E.</p> <p>Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system</p> <p>Estados Unidos, 2010</p> | <p>732</p> <p><u>Amostra:</u><br/>aleatória</p> | <p>Coorte</p>      | <p>Prevalência de transtornos de ansiedade</p> <p>(17 – 18a)</p>                | <p>Competisse Internacional Diagnostic Interview 2.1</p> | <p><u>Depressão maior:</u> 8.9%</p>  |                       |

| <b>Autor/Título/País/<br/>Ano</b>   | <b>N/ Tipo<br/>amostra</b>                        | <b>Delineamento</b> | <b>Desfecho<br/>(idade)</b>                                    | <b>Instrumento</b>  | <b>Prevalência</b>      | <b>Medida risco/proteção</b>   |
|---|---|---------------------|--|---|-------------------------|--|
| <p>Álvares, Amanda de Melo; Lobato, Gledson Régis</p> <p>Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional</p> <p>Brasil, 2013</p> | <p>23</p> <p><u>Amostra:</u><br/>conveniência</p> | Exploratório        | <p>Incidência de transtornos depressivos</p> <p>(7 – 16a)</p>  | Inventário de Depressão Infantil - CDI  | <u>Depressão:</u> 35%   | <p>Ter um tempo de acolhimento superior a 2 anos</p> <p>Histórico de institucionalização</p> <p>Não ter padrinhos</p> <p>Não possuir irmãos na instituição</p> <p>Institucionalização após 7 anos de idade</p> |
| <b>Autor/Título/País/<br/>Ano</b>   | <b>N/ Tipo<br/>amostra</b>                        | <b>Delineamento</b> | <b>Desfecho<br/>(idade)</b>                                    | <b>Instrumento</b>  | <b>Prevalência</b>      | <b>Medida risco/proteção</b>   |
| <p>Oliveira, Lorena de Melo Mendonça; Resende, Ana Cristina</p> <p>Estudo de sintomas depressivos em crianças sob situação de acolhimento institucional</p> <p>Brasil 2016</p>                        | <p>50</p> <p><u>Amostra:</u><br/>conveniência</p> | Transversal         | <p>Prevalência de transtornos depressivos</p> <p>(7 – 11a)</p> | <p>Inventário de Depressão Infantil - CDI</p> <p>Child Behavior Check List - CBCL</p> | <u>Depressão:</u> 34,8% |  |



| Autor/Título/País/<br>Ano  | N/ Tipo<br>amostra                       | Delineamento       | Desfecho<br>(idade)  | Instrumento  | Prevalência  | Medida risco/proteção |
|--|--|--------------------|--|--|--|-----------------------|
| <p>Bronsard, Guillaume</p> <p>Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System</p> <p>França, 2011</p> | <p>183</p> <p>Amostra:<br/>Aleatória</p> | <p>Transversal</p> | <p>Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade</p> <p>(13-17a)</p> | <p>Diagnostic Interview Schedule for Children - DISC</p> | <p><u>Transtorno de ansiedade</u></p> <p>Total: 28.4% IC (22.1; 35.6)</p> <p>Menina: 49.4% IC (37.9; 60.9)</p> <p>Menino: 13.2% IC (7.7; 21.5)</p> <p><u>Depressão</u></p> <p>Total: 14.8% IC (10.1; 20.9)</p> <p>Menina: 27.3% IC (18.0; 38.8)</p> <p>Menino: 5.6% IC (2.3; 12.4)</p> |                       |

| Autor/Título/País/<br>Ano  | N/ Tipo<br>amostra                      | Delineamento | Desfecho<br>(idade)  | Instrumento  | Prevalência   | Medida risco/proteção |
|--|---|--------------|--|--|---|-----------------------|
| Mohammadzadeh,<br>Marjan<br><br>Emotional health and<br>self-esteem among<br>adolescents in<br>malaysian orphanages<br><br>Malásia, 2017 | 287<br><br><u>Amostra:</u><br>aleatória | Transversal  | Prevalência de<br>transtornos<br>depressivos e<br>de ansiedade<br><br>(12 – 18a) | Depression Anxiety<br>Stress Scale-21 -<br>DASS 21<br><br>Escala de Autoestima<br>de Rosenberg - SES | <u>Depressão total:</u><br>85.7%<br><br><u>Depressão leve:</u><br>13.2%<br><br><u>Depressão:</u><br><u>moderada:</u> 42.2%<br><br><u>Depressão grave:</u><br>23.7%<br><br><u>Depressão</u><br><u>severa:</u> 6.6%<br><br><u>Transtorno de</u><br><u>ansiedade total:</u><br>80.1%<br><br><u>Transtorno de</u><br><u>ansiedade leve:</u><br>9.1%<br><br><u>Transtorno de</u><br><u>ansiedade</u><br><u>moderado:</u> 17.8%<br><br><u>Transtorno de</u><br><u>ansiedade grave:</u><br>23%<br><br><u>Transtorno de</u><br><u>ansiedade</u><br><u>severo:</u> 30.7% |                       |

| <b>Autor/Título/País/<br/>Ano</b>  | <b>N/ Tipo<br/>amostra</b>                                | <b>Delineamento</b> | <b>Desfecho<br/>(idade)</b>  | <b>Instrumento</b>  | <b>Prevalência</b>  | <b>Medida risco/proteção</b> |
|--|---|---------------------|--|---|---|------------------------------|
| Fawzy, Nagy; Fouad, Amira<br><br>Psychosocial and developmental status of orphanage children: epidemiological study<br><br>Egito, 2010 | 294<br><br><u>Amostra:</u><br>aleatória                   | Transversal         | Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade<br><br>(6 – 12a) | Inventário de Depressão Infantil - CDI<br><br>Escala Revisada de Ansiedade Manifestativa Infantil – RCMAS<br><br>Escala de Auto-estima de Rosenberg - SES<br><br>Lista de Verificação de Sintomas Pediátricos – PSC                                   | <u>Depressão:</u> 21%<br><br><u>Transtorno de ansiedade:</u> 45%  |                              |
| <b>Autor/Título/País/<br/>Ano</b>  | <b>N/ Tipo<br/>amostra</b>                                | <b>Delineamento</b> | <b>Desfecho<br/>(idade)</b>  | <b>Instrumento</b>  | <b>Prevalência</b>  | <b>Medida risco/proteção</b> |
| Schmid, Marc et al.<br><br>Child and adolescent psychiatry and mental health<br><br>Alemanha, 2008                                     | 689<br><br><u>Amostra:</u><br>conveniência/<br>censitária | Transversal         | Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade<br><br>(4 – 18a) | Child Behavior Check List - CBCL<br><br>Youth Self Report - YSR<br><br>Escala de Avaliação Global para Crianças e Adolescentes - CGAS<br><br>Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV - DISYPS-KJ | <u>Depressão/<br/>Distímia</u><br><br>Total: 8.6%<br>Menina: 12.9%<br>Menino: 6.8%<br><br><u>Transtorno de ansiedade</u><br><br>Total: 3.7%<br>Menina: 7.1%<br>Menino: 2.2% |                              |

| <b>Autor/Título/País/<br/>Ano</b>  | <b>N/ Tipo<br/>amostra</b>                 | <b>Delineamento</b> | <b>Desfecho<br/>(idade)</b>                             | <b>Instrumento</b>   | <b>Prevalência</b>                          | <b>Medida risco/proteção</b> |
|--|--|---------------------|---|--|---|------------------------------|
| Calcing, Jordana;<br>Benetti, Silvia Pereira<br><br>Caracterização da<br>saúde mental em<br>crianças e adolescentes<br>em acolhimento<br>institucional<br><br>Brasil, 2014                                       | 41<br><br><u>Amostra:</u><br>conveniência  | Transversal         | Transtornos<br>depressivos e<br>ansiosos<br><br>(7-18a) | Child Behavior Check<br>List - CBCL<br><br>Inventário de Eventos<br>Estressores na<br>Infância e<br>Adolescência - IEEIA<br><br>Inventário de<br>Depressão Infantil -<br>CDI | Ansiedade: 41.5%<br><br>Depressão:<br>46.3% |                              |
| <b>Autor/Título/País/<br/>Ano</b>  | <b>N/ Tipo<br/>amostra</b>                 | <b>Delineamento</b> | <b>Desfecho<br/>(idade)</b>                             | <b>Instrumento</b>   | <b>Prevalência</b>                          | <b>Medida risco/proteção</b> |
| Whatier, Josiane<br>Lieberknecht; Dell'Aglio,<br>Débora Dalbosco<br><br>Sintomas depressivos e<br>eventos estressores em<br>crianças e adolescentes<br>no contexto de<br>institucionalização<br><br>Brasil, 2007 | 257<br><br><u>Amostra:</u><br>conveniência | Tranversal          | Transtornos<br>depressivos<br><br>(7 – 16a)             | Inventário de Eventos<br>Estressores na<br>Infância e<br>Adolescência - IEEIA<br><br>Inventário de<br>Depressão Infantil -<br>CDI  | Depressão:<br>14.61%                        |                              |

## 2.7 Discussão sobre a revisão sistemática

Assim como ocorre uma variabilidade da prevalência de transtornos mentais encontrada em estudos que estimam a ocorrência em menores que vivem sob o cuidado de suas famílias, o mesmo ocorre com aqueles que possuem como objetivo verificar tais transtornos na população infantojuvenil que reside em unidades de acolhimento. Uma das explicações para essa variabilidade seria as diferentes faixas etárias estudadas, instrumentos utilizados e características sociodemográficas de acordo com a nacionalidade dos estudos.

A prevalência de depressão/ansiedade encontrada em estudo realizado no Quênia com jovens em unidades de acolhimento entre 10 e 18 anos foi de 14,9%, entre meninos 17,3% e meninas 13%, sendo que a estimativa de transtornos internalizantes foi de 36,8% (MUTISO, 2016). Entre uma amostra de crianças e adolescentes de Gana, a prevalência de sintomas de ansiedade foi de 75% e de depressão 41%, ressaltando que 9% apresentaram depressão severa (YENDORK, 2014).

Entre acolhidos Jordânico, 43% da amostra da pesquisa preencheram critério diagnóstico para os transtornos internalizantes, ansiedade 23% e depressão 31% (GEARING, 2013). Em outro estudo, o autor encontrou a depressão comórbida ao transtorno de estresse pós-traumático em 17% da amostra estudada (GEARING, 2015). Mackenzie (2014) observou valores semelhantes, 28% da amostra apresentou intervalo clínico para transtornos internalizantes, com 10% na faixa de ansioso/deprimido, 22% isolado/deprimido e 14% para ansiedade.

Percebe-se que de modo geral, a prevalência de transtornos depressivos e ansiosos é mais elevada em países do continente africano quando comparado aos demais. Um dos possíveis fatores que explicam esses números são as condições precárias das unidades de acolhimento dos países africanos. Outro fator que deve ser considerado é o fato de que houve e ainda há guerra civil e ditadura em diversos países do continente. O mesmo fator possivelmente incide sobre os números observados nos estudos realizados nos abrigos jordanianos.

Estudos na Europa e América do Norte indicam que apesar dos fatores de risco, crianças e adolescentes acolhidos em cuidados institucionais muitas vezes não possuem acesso aos serviços públicos e são excluídos de estudos

epidemiológicos por causa de dificuldades logísticas, acesso aos pais e autorização do consentimento livre e informado (FORD, 2007).

Pesquisas em países europeus estimam a prevalência de transtornos de ansiedade em 7,1% na Espanha (FERNÁNDEZ-MOLINA, 2011), 19% na Suécia (STAHLBERG, 2010), 11,1% na Grã-Bretanha (FORD, 2007), 28,4% na França (BRONSARD, 2011) e 3,75% na Alemanha (SCHMID, 2008). Em uma amostra de menores acolhidos na Malásia, 42,2% apresentaram depressão moderada, 23,7% depressão grave, 23,2% depressão leve, 30,3% ansiedade muito grave, 23% ansiedade severa, 17,8% ansiedade moderada e 9,1% ansiedade leve (MOHAMMADZADEH, 2017).

Durante alguns anos, os países da união europeia vêm reformulando seu sistema de assistência de proteção a crianças e adolescente em situação de vulnerabilidade, organizando um sistema de acolhimento em que o jovem tenha a oportunidade de vivenciar estrutura semelhante à configuração familiar parental a partir dos modelos de serviços de acolhimento. Além disso, mesmo havendo problemas e estrutura física e de recursos humanos no cuidado e assistência, há uma preocupação com a saúde mental daqueles que passam pelo processo de institucionalização, o que poderá ser um fator de proteção à saúde mental dos acolhidos.

No Brasil, há evidências de que a institucionalização está associada a transtornos psiquiátricos, independente da ausência de outros fatores de risco. Ao comparar crianças e jovens institucionalizados aqueles não institucionalizados, Alvares (2013) verificou que 35% da amostra apresentaram critérios diagnósticos para depressão, enquanto Abaid (2010) encontrou a prevalência de 31,5% e Oliveira (2016) 34,8%. Com relação aos problemas de comportamento, Calcing (2014) encontrou uma prevalência de 63,4% de problemas comportamentais em jovens abrigados, 41,5% apresentaram síndromes de ansiedade e quebra de regras, e 36,6% dificuldade de atenção.

O perfil de crianças e adolescentes com depressão indicado por Alvares (2013) consiste em acolhidos com período de institucionalização superior a dois anos, não possuir padrinho afetivo, não ter irmãos na instituição e ser acolhido após os sete anos de idade. Entre os fatores associados, ter irmãos na mesma instituição e possuir padrinho afetivo são considerados fatores de proteção.

Calcing (2014) não encontrou diferença significativa em relação ao sexo, apesar de haver maior prevalência no sexo masculino. O tempo de permanência na instituição e o contato com os familiares não apresentaram diferença significativa. Porém, a autora encontrou uma correlação entre a depressão e a intensidade dos eventos estressores. Abaid (2010) verificou que muitos menores ficam acolhidos por um longo período, sugerindo que seja um importante fator de risco para saúde mental dos institucionalizados. O sentimento de rejeição por colegas e amigos também é entendido como preditor de transtorno depressivo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Medir a prevalência de depressão e ansiedade e os fatores associados em crianças e adolescentes residentes em unidades de acolhimento na região sul do Rio Grande do Sul.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Medir a prevalência de transtornos depressivos;
- b) Medir a prevalência de transtornos de ansiedade;
- c) Identificar os fatores associados aos transtornos depressivos;
- d) Identificar os fatores associados aos transtornos de ansiedade.



## REFERÊNCIAS

- ABAID, Josiane Lieberknecht Wathier. **Entre risco e proteção**: ajustamento psicossocial de adolescentes em acolhimento institucional. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- ABAID, Josiane Lieberknecht Wathier; DELL’AGLIO, Débora Dalbosco; KOLLER, Sílvia Helena. Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. **Universitas Psychologica**, v. 9, n. 1, 2010.
- ALVARES, Amanda de Melo; LOBATO, Gledson Régis. Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p.151-164, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (DSM-V). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMHMAD, A. et al. A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and post-traumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. **Child: care, health & development**, v. 31, n. 2, p.203-215, 2005.
- AYAS, M. et al. Prevalence of mental disorders and associated factors in institutionalized 3-5 year old children. **Turk Psikiyatri Derg.**, v. 23, n. 2, p.82-88, 2012.
- BARBOSA, Genário Alves; BARBOSA, Adriana de A. Gaião; GOUVEIA, Valdiney Veloso. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. **Infanto: Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.**, São Paulo, v.10, p.34-47, 2002.
- BARROS, Raquel de Camargo; FIAMENGHI JR., Geraldo A.. Interações afetivas de crianças abrigadas: um estudo etnográfico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p.1267-1276, 2007.
- BORSA, Juliane Callegaro; SOUZA, Daiane Silva de; BANDEIRA, Denise Ruschel. Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.15-29, 2011.
- BRASIL. Lei n.12010, de 3 de ago. 2009. **Diário Oficial da União** de 3 ago. 2009, Brasília, DF.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União** de 16 jul. 1990, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos básicos em saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 251, de 07 de agosto de 1997. Aprovar as seguintes normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações para elaboração do Plano Individual de Atendimento de crianças e adolescentes em serviços de acolhimento**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes**. Brasília, 2009.

BRONSARD, Guillaume et al. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. **Children and Youth Services Review**, v. 33, n. 10, p.1886-1890, 2011.

CALCING, Jordana; BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz. Caracterização da saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. **Psico**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, p.559-567, 2014.

CAMPOS, Josiane Rosa; DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira. Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.408-428, 2014.

CID, Maria Fernanda Barboza, MATSUKURA, Thelma Simões. Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2000). **Resolução CFP nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União** de 25 nov. 2009, Brasília, DF.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no país: relatório da resolução n. 71/2011**. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

CONZATTI, Rosemara; MOSMANN, Clarisse. Resiliência em crianças acolhidas: suas percepções sobre as adversidades. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p.352-378, 2015 .

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; CAROLINO, Zulmira Carla Gonçalves; MEDEIROS, Emerson Diógenes de. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p.291-300, 2008.

CHENG, J.; SUN, Yh. Depression and anxiety among left-behind children in China: a systematic review. **Child Care Health Dev.**, v. 41, n. 4, p.515-523, 2015.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos. Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.473-489, 2008.

DELFINI, Patrícia Santos de Sousa; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012.

ELLIS, B. Heidi; FISHER, Philip A.; ZAHARIE, Sonia. Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared romanian children. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 43, n. 10, p.1283-1292, 2004.

FEITOSA, Helvécio Neves et al. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epistemológicas, assistenciais e bioéticas. **Rev. Bioét.**, v.19, n.1, p. 259-275, 2011.

FERNÁNDEZ-MOLINA, Milagros et al. Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. **Psicothema**, v. 23, n. 1, 2011.

FORD, T. et al. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. **Br J Psychiatry**, n. 190, p.319-325, 2007.

GEARING, Robin E. et al. Prevalence of Mental Health and Behavioral Problems Among Adolescents in Institutional Care in Jordan. **Psychiatr Serv.** v. 64, n. 2, p.196-200, 2013.

GEARING, Robin E. et al. Prevalence and Correlates of Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Suicidality in Jordanian Youth in Institutional Care. **Nerv. Ment. Dis.**, v. 203, n. 3, p.175-181, 2015.

GALLO, Erika Alejandra Giraldo et al. Tamanho ao nascer e problemas de saúde mental aos 11 anos em uma coorte brasileira de nascimentos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p.1622-1632, 2011.

GONTIJO, Daniela Tavares et al. Fatores relacionados à institucionalização de crianças e adolescentes acolhidos na comarca de Uberaba – MG. **Rev. brasileira em promoção da saúde**, v. 25, n. 2, 2012.

GUEDES, Carina Ferreira; SCARCELLI, Ianni Regia. Acolhimento institucional na assistência à infância: o cotidiano em questão. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. spe, p.58-67, 2014.

ISOLAN, Luciano et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. **J. Anxiety Disord.** v. 25, n. 5, p.741-748, 2011.

LOPES, Claudia S. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 1, 14s, 2016.

NEIVA-SILVA, Lucas; MORAIS, Normanda Araujo de; KOLLER, Sílvia Helena. Princípios éticos nas pesquisas com crianças e adolescentes em situação de rua. In: \_\_\_\_\_. **Endereço desconhecido**: crianças e adolescentes em situação de rua. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MACKENZIE, Michael J. et al. Child mental health in Jordanian orphanages: effect of placement change on behavior and caregiving. **BMC Pediatrics**, v. 14, n. 316, 2014.

MOHAMMADZADEH, Marjan J. et al. Emotional health and self-esteem among adolescents in Malaysian orphanages. **Community Ment Health J.** v. 54, n. 1, p.117-125, 2018.

MUTISO, Victória N et al. Epidemiological patterns and correlates of mental disorders among orphans and vulnerable children under institutional care. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 52, n.1, p.65-75, 2017.

OLIVEIRA, Lorena de Melo Mendonça; RESENDE, Ana Cristina. Estudo de sintomas depressivos em crianças sob situação de acolhimento institucional. **Psicologia em pesquisa**, v. 10, n. 1, p.55-63, 2016.

PAULA, Cristiane S. et al. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p.524-528, 2008.

PEREIRA, Mariana et al. Desenvolvimento, psicopatologia e apego: estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p.222-231, 2010.

PINTO, Agnes Caroline Souza et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 555-564, 2014.

RIBEIRO, M.; CIAMPONE, M. Crianças em situação de rua falam sobre os abrigos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 4, p. 309-16. 2002.

RODRIGUES, Moisés Ederson da Silva et al. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. **Psico-USF**, Itatiba, v. 17, n. 1, p.53-62, 2012.

SÁ, Daniel Graça Fatori de et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 4, p.643-652, 2010.

SANTOS, Aline; KRIEGER, Fernanda Valle. Transtornos de humor na infância e na adolescência: uma atualização. **Rev. bras. psicoter.**, v. 16, n. 1, p.104-114, 2014.

SCHMID, Marc et al. Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 2, n. 2, 2008.

STAHLBERG, Ola; ANCKARSÄTER, Henrik; NILSSON, Thomas. Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 19, n. 12, p.893-903, 2010.

VALVERDE, Benedita Salete Costa Lima et al. Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p.315-323, 2012.

YENDORK, J. Salifu; SOMHLABA, Nceba Z. Stress, coping and quality of life: An exploratory study of the psychological well-being of Ghanaian orphans placed in orphanages. **Children and Youth Services Review**, v. 46, p.28-37, 2014.

WATHIER, Josiane Lieberknecht; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p.75-84, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent mental health**: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations. Genebra: WHO, 2012.

**ARTIGO PARA SUBMISSÃO AO PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA****DEPRESSÃO ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS  
EM MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DO RIO GRANDE DO SUL**

MOREIRA, Thiago Ribeiro

NEIVA-SILVA, Lucas

STOFEL, Natália Sevilha

MENDOZA-SASSI, Raúl Andrés

**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de depressão e os fatores associados em crianças e adolescentes residentes em unidades de acolhimento. Este é um estudo transversal com base populacional restrita, aplicado em 4 municípios da região sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Foram coletados dados de 132 crianças e adolescentes na faixa etária entre 7 e 17 anos, avaliados através do Inventário de Depressão Infantil – CDI, seguido de entrevista psicodiagnóstica quando constatada a sintomatologia clínica por meio do instrumento. A prevalência de depressão entre os participantes foi de 50,8% (IC95% 50,4 – 51,4). Houve associação estatisticamente significativa nas variáveis sexo, situação de rua, assistência médica e psicológica, ansiedade e pensamento ou ideação suicida. Os resultados apontam para a necessidade de melhoria no acesso e nos serviços voltados para esta população, incluindo ações voltadas à saúde mental. Ressalta-se a necessidade do trabalho voltado ao fortalecimento das famílias de origem, bem como a importância do trabalho de reintegração familiar realizado pelas unidades.

**Palavras-chave:** Saúde da criança institucionalizada; Saúde do adolescente institucionalizado; Serviços de proteção infantil; Transtorno depressivo.

## 1 INTRODUÇÃO

Os direitos de crianças e adolescentes devem ser garantidos e compartilhados entre Estado, sociedade e família, protegendo de toda e qualquer forma de negligência, discriminação, exploração e violência<sup>1</sup>. Desse modo, quando a família e sociedade não garantem a proteção da criança frente a situações adversas que comprometam seu bem-estar físico e psicológico, o Estado, por meio da institucionalização em unidades de acolhimento e abrigos públicos deve garantir a prestação de cuidados<sup>2</sup>.

Essas instituições possuem como objetivo garantir o desenvolvimento físico, educacional, e psicossocial das crianças e adolescentes acolhidos<sup>3</sup>. No entanto, se este é o lado positivo do tipo de medida protetiva aplicada por essas instituições, há de se considerar que existam também aspectos de risco a serem levados em conta.

Os efeitos negativos da institucionalização estão relacionados a pouca responsabilidade no cuidado, falta de estímulo e ausência de elementos básicos consistentes necessários ao desenvolvimento comportamental e emocional da criança<sup>4</sup>. Estudos demonstram que crianças residentes em unidades de acolhimento apresentam menor expectativa para o futuro, além de problemas de sociabilidade, maior dificuldade de vínculo com adultos e risco no que se refere à saúde mental<sup>5</sup>.

Pesquisas com crianças institucionalizadas apontam consequências negativas geradas em uma gama de aspectos do desenvolvimento, dependendo de uma série de fatores associados<sup>4</sup>. O afastamento da família em idade precoce ou a institucionalização de longa duração aumenta o risco associado aos transtornos mentais<sup>6</sup>. Há evidências de que a institucionalização está associada a transtornos mentais, independente da ausência de outros fatores de risco. Crianças e adolescentes criados em instituições apresentam maior prevalência de depressão quando comparadas com aqueles criados por suas famílias<sup>3</sup>.

Entre uma amostra de crianças e adolescentes franceses, a prevalência de sintomas depressivos foi 14,8%<sup>7</sup>. Em unidades de acolhimento Jordanião, 31% da amostra teve diagnóstico de depressão<sup>8</sup>. Entre crianças e adolescentes acolhidos na Malásia, 85,7% da amostra apresentou depressão moderada<sup>9</sup>. No Brasil, ao comparar crianças e jovens institucionalizados com aqueles não institucionalizados, Alvares<sup>10</sup> verificou que 35% da amostra estudada apresentou critério diagnóstico para depressão, enquanto Oliveira<sup>11</sup> encontrou a prevalência de 34,8%.

O perfil de crianças e adolescentes com depressão indicado por Alvares<sup>10</sup>, consiste em acolhidos com período de institucionalização superior a dois anos, não possuir padrinho afetivo, não ter irmãos na instituição e ser acolhido após os sete anos de idade. Calcing<sup>12</sup> não encontrou diferença significativa em relação ao sexo.

Embora haja pesquisas que demonstrem o impacto negativo da institucionalização na saúde psíquica de crianças e adolescentes e que apontem que o acolhimento é um fator de risco, pouco se conhece e foi estudado sobre seus efeitos e variabilidade no que tange aos transtornos mentais e à diversidade dos sintomas apresentados<sup>4</sup>.

Assim, este estudo teve por objetivo avaliar a prevalência de depressão e identificar as características que estão associadas em crianças e adolescentes residentes em unidades de acolhimento na região sul do Rio Grande do Sul, permitindo, dessa forma, ter um perfil psicossocial e de comorbidades melhor definido.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com base populacional restrita (indivíduos institucionalizados). Foram entrevistadas 132 crianças e adolescentes na faixa etária entre 7 e 17 anos, residentes em 13 unidades de acolhimento distribuídas entre os municípios de Rio Grande, Pelotas, São José do Norte e Canguçu, nos anos de 2018/2019. Foram excluídos do estudo aqueles que não apresentaram capacidade cognitiva de compreender e responder o instrumento de avaliação. Os dados relativos às variáveis independentes relacionadas às instituições foram coletados a partir de entrevistas com os coordenadores, assistentes sociais e psicólogos das unidades, sendo entrevistados 27 técnicos ao total.

A verificação do transtorno depressivo foi realizada através da aplicação do Inventário de Depressão Infantil – CDI. O instrumento é composto por cinco fatores obtidos através de análise fatorial, definidos como “humor negativo”, “problemas interpessoais”, “inefetividade”, “anedonia” e “autoestima negativa”<sup>13</sup>, avaliando sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da depressão<sup>14</sup>. Foi definido por Gouveia et al.<sup>15</sup> na adaptação do instrumento, o ponto de corte clínico em 17 pontos, valor adotado neste estudo.

Tendo em vista não ser possível fechar critério diagnóstico com o CDI, aqueles indivíduos que obtiveram pontuação na faixa clínica para ( $\geq 17$ ) depressão foram avaliados por um psicólogo, tendo como base os critérios diagnósticos do DSM-V. A mesma avaliação clínica foi realizada para a variável independente ansiedade.



A coleta de dados das variáveis independentes foi realizada através de questionário contendo questões sobre o perfil psicossocial dos menores (sexo, cor da pele, faixa etária, vínculo materno, vínculo paterno, situação de rua, retorno a família de origem após institucionalização, idade de acolhimento, tempo de institucionalização, motivo do acolhimento, violência sexual, contato com os pais, assistência médica e assistência psicológica) e rastreamento de sintomatologia (ansiedade e uso de substância).

Das variáveis independentes categorizadas, a definição de criança e adolescente na variável faixa etária foi estabelecida a partir da normalização do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA que define infância sendo o período de vida até os 11 anos e adolescência dos 12 aos 17 anos<sup>16</sup>. As variáveis vínculo materno e vínculo paterno agruparam as seguintes opções de vínculo: sem vínculo, desconhecido, falecido, não localizado compondo o item sem vínculo. A variável idade de acolhimento foi categorizada em três faixas de idade: de 4 a 8 anos; de 9 a 12 anos e de 13 a 17 anos. O tempo de institucionalização foi definido em meses e dividido em: até 2, de 3 a 4, de 5 a 12 e maior que 12 meses. Na variável contato com os pais, definiu-se por contato a realização de encontros entre pais e filhos nas unidades ou em suas residências. A opção sim, com contato, agrupou os itens: sim, no último mês; sim, nos últimos 3 meses; sim, nos últimos 6 meses; sim, há mais de 6 meses.

O rastreamento de sintomas do transtorno de ansiedade foi realizado através da aplicação do *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* – SCARED. O instrumento é composto por cinco escalas voltadas à busca de sintomas de transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, pânico, fobia social e fobia escolar. De acordo com a validação do instrumento para o Brasil realizado por Barbos<sup>17</sup>, foi adotado o critério diagnóstico para transtorno de ansiedade como  $\geq 34$  pontos no fator geral.

O instrumento utilizado para coleta de dados sobre o uso de substâncias lícitas e ilícitas foi o *Drug Use Screening Inventory* - DUSI, questionário desenvolvido pela Universidade da Pensilvânia – EUA, para triagem do uso de álcool e outras drogas, assim como avaliação rápida e eficaz dos problemas associados ao uso de substâncias. No Brasil, o instrumento foi adaptado e validado pela Universidade Federal de São Paulo<sup>18</sup>. Neste estudo, o instrumento só foi aplicado nos adolescentes com idade a partir dos 12 anos, conforme prevê o instrumento.

A presença de pensamento de morte e ideação suicida foi verificada através do CDI. Os sujeitos diagnosticados com depressão, ansiedade ou ideação suicida, foram encaminhados aos serviços de saúde mental de seus municípios.

Foram selecionados e treinados 7 entrevistadores para aplicação dos instrumentos CDI, DUSI e SCARED. A entrevista com o questionário contendo as perguntas sobre características sociodemográficas dos participantes, perfil assistencial das instituições e estrutura das unidades de acolhimento foi realizado pelo autor do estudo. A autorização para realização das entrevistas nas unidades de acolhimento foi fornecida pelas secretarias municipais responsáveis pela gerência dos serviços de acolhimento. As entrevistas com os acolhidos e técnicos foram agendadas previamente com a coordenação das unidades, respeitando as atividades diárias dos residentes.

Para o controle de qualidade, no recebimento dos instrumentos de coleta de dados houve a checagem do questionário com os coletadores. A entrada dos dados no banco foi feita por meio de dupla digitação no software EPI-INFO, sendo que diferenças entre os dados foram comparadas, avaliadas e corrigidas quando necessário.

A análise de dados foi realizada através do programa estatístico Stata 11.0. Foi feita análise descritiva das características da amostra, cálculo da prevalência de depressão, com seu intervalo de confiança de 95% (IC95). Para identificar as características associadas à depressão foi executada uma análise bivariada entre as variáveis estudadas e o desfecho, utilizando o teste de qui-quadrado. Em todos os testes foi utilizado  $p < 0,05$  bicaudal.

O Estudo contemplou as normas estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/12) e foi aprovado sob o número 93682318.8.0000.5324 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Foi garantido o direito de não participação na pesquisa, assim como a possibilidade de desistência a qualquer momento e por qualquer motivo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi solicitado e assinado pelos responsáveis pelas unidades, conforme orienta a Resolução 16/00<sup>19</sup>, referente à pesquisa com seres humanos, o qual afirma que o pesquisador não aceitará o consentimento informado de pais que não tenham contato com os filhos ou guardiões legais que, efetivamente, não interajam sistematicamente e nem conheçam bem a criança ou adolescente (art. 7, item 2). Assim sendo, o pesquisador poderá solicitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos responsáveis pelas instituições que prestem assistência ou que trabalhem no sentido de proteger e zelar pela saúde do menor. Também foi obtido o Termo de Assentimento por parte das crianças e adolescentes participantes.

### 3 RESULTADOS

Foram entrevistados 132 crianças e adolescentes acolhidos no estado do Rio Grande do Sul, sendo 61 no município de Rio Grande, 5 em São José do Norte, 48 em Pelotas e 18 em Canguçu. Em relação às recusas e perdas, 8 sujeitos não quiseram participar do estudo e 14 evadiram ou foram desligados das unidades, não sendo possível coletar todos os dados ou realizar a entrevista psicodiagnóstica. Foram excluídos 3 indivíduos por não possuir capacidade cognitiva para compreender as perguntas realizadas.

Das 132 crianças e adolescentes residentes em unidades de acolhimento, 50,8% (IC95% 50,4 – 51,4) apresentaram depressão. A tabela 1 apresenta a distribuição das características psicossociais e de rastreamento de sintomatologia. Observa-se que a maioria dos entrevistados é de adolescentes (56,1%), do sexo feminino (55,3%) e da cor branca (57,6%). A negligência foi o motivo de acolhimento mais presente entre os participantes (70,6%), assim como a maior parte possui contato com os pais (53,8%). Em relação ao rastreamento de sintomatologia, 40,9% foram diagnosticados com transtorno de ansiedade, 54,7% fizeram uso de substância alguma vez na vida e 38,6% apresentaram pensamento de morte ou ideação suicida.

A média de idade foi de 12,2 anos (DP 3,02), a média de idade no momento do acolhido foi de 11,4 anos (DP 3,08) e o tempo de institucionalização médio foi de 11,0 meses (DP 20,3).

Tabela 1. Descrição das características de perfil psicossocial e rastreamento de sintomatologia de crianças e adolescentes em unidades de acolhimento na região sul do Rio Grande do Sul, Brasil, 2018 (n=132).

|                                       | n  | %     |
|---------------------------------------|----|-------|
| <b>Perfil psicossocial</b>            |    |       |
| Sexo                                  |    |       |
| Masculino                             | 59 | 44,7  |
| Feminino                              | 73 | 55,3  |
| Cor da pele                           |    |       |
| Branca                                | 76 | 57,6  |
| Parda/preta                           | 56 | 42,4  |
| Faixa etária                          |    |       |
| Criança                               | 58 | 43,9  |
| Adolescente                           | 74 | 56,1  |
| Vínculo materno                       |    |       |
| Com vínculo                           | 57 | 43,18 |
| Sem vínculo                           | 75 | 56,82 |
| Vínculo paterno                       |    |       |
| Com vínculo                           | 41 | 31,06 |
| Sem vínculo                           | 91 | 68,94 |
| Situação de rua                       |    |       |
| Sim                                   | 14 | 10,6  |
| Retornou à família de origem          |    |       |
| Sim                                   | 26 | 19,7  |
| Idade de acolhimento (anos)           |    |       |
| 4 a 8                                 | 26 | 19,7  |
| 9 a 12                                | 58 | 43,9  |
| 13 a 17                               | 48 | 36,4  |
| Tempo de institucionalização (meses)  |    |       |
| Até 2                                 | 32 | 24,2  |
| De 3 a 4                              | 21 | 15,9  |
| De 5 a 12                             | 44 | 33,3  |
| Maior de 12                           | 35 | 26,5  |
| Motivo do acolhimento                 |    |       |
| Negligência                           | 93 | 70,5  |
| Pais com dependência química          | 53 | 40,2  |
| Abuso sexual                          |    |       |
| Sim                                   | 25 | 18,9  |
| Contato com os pais                   |    |       |
| Sim                                   | 71 | 53,8  |
| Assistência Médica                    |    |       |
| Sim                                   | 98 | 74,2  |
| Assistência Psicológica               |    |       |
| Sim                                   | 52 | 39,4  |
| <b>Rastreamento de sintomatologia</b> |    |       |
| Uso de substância                     |    |       |
| Sim                                   | 41 | 54,7  |
| Ansiedade                             |    |       |
| Sim                                   | 54 | 40,9  |
| Pensamento/Ideação suicida            |    |       |
| Sim                                   | 51 | 38,6  |

Na tabela 2 são apresentadas as características associados à depressão em crianças e adolescentes institucionalizados. Houve associação estatística significativa nas variáveis sexo, situação de rua, assistência médica e psicológica, ansiedade e pensamento ou ideação suicida.

Com relação ao sexo, o resultado demonstra que o sexo feminino apresentou uma maior proporção (60%) de pessoas deprimidas quando comparadas aos do sexo masculino (40%) ( $p=0,015$ ). A diferença entre menores com depressão que não vivenciaram situação de rua e as que vivenciaram foi de 32,8 pontos percentuais entre as categorias. Menores com transtorno de ansiedade apresentaram prevalência de 77% de depressão ( $p<0,001$ ). A chance de ter depressão também é maior naqueles que apresentaram pensamento de morte ou ideação suicida, sendo 2,2 vezes mais quando comparado aos que não apresentaram pensamento ou ideação (76,5%) ( $p<0,001$ ). Referente à assistência prestada aos acolhidos, aqueles que possuem assistência médica apresentaram uma maior proporção de deprimidos (59,2%) quando comparadas aos que não possuem assistência (26,5%) ( $p<0,001$ ). Do mesmo modo, verificou-se que os menores com assistência psicológica, apresentaram uma proporção de transtorno depressivo maior (61,5%) em relação aos que não possuem acompanhamento psicológico (43,8%) ( $p<0,001$ ).

Das variáveis que não apresentaram associação estatisticamente significativa, os acolhidos que não retornaram a família de origem tem uma maior prevalência de depressão (54,7%), quando comparado aos que retornaram (34,6%), mas o valor p foi limítrofe ( $p=0,066$ ). No referente à violência sexual, o resultado mostra que menores deprimidos são mais prevalentes entre aqueles que sofreram abuso sexual (64%), em comparação aos que não vivenciaram o abuso.

Tabela 2. Características associadas à depressão entre crianças e adolescentes de unidades de acolhimento da região sul do Rio Grande do Sul. 2018 (n=132).

| <b>Perfil psicossocial</b>            | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>valor p</b> |
|---------------------------------------|----------|----------|----------------|
| Sexo                                  |          |          |                |
| Masculino                             | 59       | 40,0     | 0,015          |
| Feminino                              | 73       | 60,0     |                |
| Cor da pele                           |          |          |                |
| Branca                                | 38       | 56,7     | 0,839          |
| Preta/parda                           | 29       | 43,3     |                |
| Faixa etária                          |          |          |                |
| Criança                               | 28       | 48,3     | 0,614          |
| Adolescente                           | 39       | 52,7     |                |
| Vínculo materno                       |          |          |                |
| Com vínculo                           | 31       | 54,39    | 0,467          |
| Sem vínculo                           | 36       | 48,0     |                |
| Vínculo paterno                       |          |          |                |
| Com vínculo                           | 21       | 51,22    | 0,943          |
| Sem vínculo                           | 46       | 50,55    |                |
| Situação de rua                       |          |          |                |
| Sim                                   | 3        | 21,4     | 0,020          |
| Não                                   | 64       | 54,2     |                |
| Retornou à família de origem          |          |          |                |
| Sim                                   | 9        | 34,6     | 0,066          |
| Não                                   | 58       | 54,7     |                |
| Idade de acolhimento (anos)           |          |          |                |
| 4 a 8                                 | 14       | 53,9     | 0,603          |
| 9 a 12                                | 30       | 51,7     |                |
| 13 a 17                               | 23       | 47,9     |                |
| Tempo de institucionalização (meses)  |          |          |                |
| Até dois                              | 17       | 53,1     | 0,858          |
| Maior de dois a quatro                | 11       | 52,4     |                |
| Maior de quatro a doze                | 20       | 45,5     |                |
| Maior de doze                         | 19       | 54,3     |                |
| Motivo do acolhimento                 |          |          |                |
| Negligência                           |          |          |                |
| Sim                                   | 46       | 49,5     | 0,646          |
| Não                                   | 21       | 53,9     |                |
| Pais com dependência química          |          |          |                |
| Sim                                   | 27       | 50,9     | 0,972          |
| Não                                   | 40       | 50,6     |                |
| Abuso sexual                          |          |          |                |
| Sim                                   | 16       | 64,0     | 0,141          |
| Não                                   | 51       | 47,7     |                |
| Contato com os pais                   |          |          |                |
| Sim                                   | 40       | 56,3     | 0,166          |
| Não                                   | 27       | 44,3     |                |
| Assistência Médica                    |          |          |                |
| Sim                                   | 58       | 59,2     | 0,001          |
| Não                                   | 9        | 26,5     |                |
| Assistência Psicológica               |          |          |                |
| Sim                                   | 32       | 61,5     | 0,046          |
| Não                                   | 35       | 43,8     |                |
| <b>Rastreamento de sintomatologia</b> |          |          |                |
| Uso de substância lícita e ilícita    |          |          |                |
| Sim                                   | 21       | 52,5     | 0,926          |
| Não                                   | 18       | 51,4     |                |
| Ansiedade                             |          |          |                |
| Sim                                   | 42       | 77,8     | <0,001         |
| Não                                   | 25       | 32,1     |                |
| Pensamento/Ideação suicida            |          |          |                |
| Sim                                   | 39       | 76,5     | <0,001         |
| Não                                   | 28       | 34,6     |                |

## 4 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados mostraram que a prevalência de depressão entre crianças e adolescentes residentes em unidades de acolhimento foi de 50,8%, sendo mais frequente entre meninas, associado a transtorno de ansiedade, pensamentos de morte e ideação suicida, que possuem assistência médica, psicológica e não passaram por situação de rua.

A prevalência de depressão estimada no presente estudo foi maior quando comparada às encontradas em outros países. Em pesquisa realizada no Egito<sup>20</sup>, foi encontrada a proporção de 21% e em Gana<sup>21</sup> 41%. Em pesquisas realizadas no Brasil, foram encontradas as prevalências de 14,6%<sup>13</sup>, 31,5%<sup>22</sup> e 46,3%<sup>12</sup>. Assim como ocorre uma variabilidade na prevalência de transtornos mentais encontrada em estudos que estimam a ocorrência entre crianças e adolescentes que vivem sob o cuidado de suas famílias, o mesmo ocorre em pesquisas com a população infantojuvenil que reside em unidades de acolhimento, mesmo as amostras possuindo a mesma faixa etária e tendo sido utilizado o mesmo instrumento para avaliar a sintomatologia. A variação dos resultados pode ocorrer em função das características sociodemográficas, culturais e geográficas das populações estudadas.

Acolhidos do sexo feminino demonstraram uma diferença significativa em relação à prevalência de depressão (60%), quando comparado ao sexo masculino (40%). Para Fawzy<sup>20</sup>, meninas apresentam um maior número de fatores de risco do que meninos, potencializando a vulnerabilidade e possibilidade de adoecimento. Corroborando o resultado encontrado, em uma pesquisa na Alemanha, Schmid et al.<sup>23</sup> constataram a prevalência de depressão em 12,9% entre meninas e 6,8% entre meninos. Apesar de Mohammadzadeh<sup>9</sup> encontrar uma menor diferença entre a proporção de transtorno depressivo em relação ao sexo em unidades de acolhimento da Malásia, a depressão entre o sexo feminino foi maior (91,6%) do que entre o sexo masculino (78,9%), acompanhando a tendência encontrada. Estudo brasileiro realizado na cidade de Goiânia, não apresentou diferença significativa em relação ao sexo<sup>11</sup>, ocorrendo o mesmo no Rio Grande do Sul<sup>13</sup>.

Dentre os sujeitos diagnosticados com depressão, 21,4% passaram por situação de rua, enquanto 54,2% não haviam morado na rua. A variável analisada não foi encontrada em outros artigos, de modo que não foi possível realizar a comparação dos dados. Contudo, Abaid<sup>22</sup>, identificou a relação entre configuração familiar, presença de eventos estressores e o aumento dos sintomas depressivos entre crianças e adolescentes abrigados. Feitosa et al.<sup>24</sup> evidenciaram que aqueles expostos à violência intrafamiliar mostraram-se três vezes mais

propensos a apresentar problemas de saúde mental. Além disso, dentre os principais motivos de acolhimento estão pais ou responsáveis dependentes químicos e alcoolistas, negligência, abandono pelos pais ou responsáveis e violência doméstica e abuso sexual praticado pelos pais ou responsáveis<sup>19</sup>. Se considerarmos o fato da negligência pela família ser um dos principais motivos de acolhimento encontrado neste estudo, a prevalência de deprimidos ser maior no grupo que vivenciaram situação de rua pode estar na possibilidade, mesmo que momentânea, dos sujeitos se distanciarem dos eventos estressores, possivelmente a causa do processo de adoecimento.

Conforme aponta Pinto<sup>25</sup> em relação às condições referentes aos transtornos mentais, às situações de violência doméstica física ou psicológica, são os fatores que estão mais associados aos transtornos mentais infanto-juvenis. De modo que os acolhidos que foram expostos à poli-vitimização, são mais propensos a apresentar sintomas depressivos<sup>26</sup>, que nesse caso seriam os próprios responsáveis e estrutura familiar. A partir dos resultados encontrados em que os participantes que passaram por situação de rua apresentaram menor prevalência de depressão quando comparados com os que não passaram, é possível inferir que, mesmo sendo um fator de risco, a situação de rua teria menor impacto no prejuízo a saúde mental de crianças e adolescentes do que a recorrente exposição à negligência ou violência familiar.

A proporção de deprimidos foi maior entre o grupo que possuía assistência médica (59,2%), assim como ocorreu entre os participantes com assistência psicológica (61,5%), tendo uma diferença significativa quando comparados aos que não tinham assistência. Pesquisa realizada no Quênia<sup>27</sup>, de forma semelhante ao presente estudo, encontrou maior prevalência de depressão entre os residentes das unidades de acolhimento que possuíam acompanhamento psicológico. Esta associação é esperada, considerando que o fato de haver uma maior prevalência de depressão entre as crianças e adolescentes em tratamento médico e psicológico ocorra em decorrência de que são justamente esses indivíduos que são encaminhados aos serviços de saúde, ocorrendo, por tanto uma situação de causalidade reversa.

A prevalência de ansiedade entre as crianças e adolescentes institucionalizados foi de 40,9%, quase o dobro do valor encontrado por em Gana<sup>21</sup> (25%), na Jordania<sup>8</sup> (23%) e na França<sup>7</sup> (28,4%). A diferença foi ainda maior em comparação à Espanha, onde Fernández-Molina<sup>28</sup> encontrou a prevalência de 7,1% e na Grã-Bretanha<sup>29</sup>, em que a proporção de acolhidos com transtorno de ansiedade foi de 11,1%. Em contrapartida, estudo realizado na



Malásia<sup>9</sup> exibe o dobro da prevalência demonstrada no presente estudo (85,7%). Mesmo tendo em vista a diferença na faixa etária definida, instrumentos utilizados e critérios psicodiagnósticos utilizados nas pesquisas, o número de crianças e adolescentes diagnosticados com transtorno de ansiedade em municípios da região sul do estado, foi quase 50% superior às prevalências encontradas em regiões de guerra, como Gana e Jordânia.

A proporção de menores institucionalizados deprimidos foi duas vezes maior entre o grupo diagnosticado com ansiedade (77,8%), em relação ao que não apresentou ansiedade (32,1%). Embora tenham sido encontrados poucos estudos que demonstrem a ansiedade como um fator associado à depressão entre crianças e adolescentes acolhidos, pesquisa realizada por Fawzy<sup>20</sup> apontou uma diferença estatisticamente significativa entre os acolhidos deprimidos que apresentaram ansiedade. Porém, Mohammadzadeh<sup>9</sup>, não encontrou relação entre transtorno de ansiedade e transtorno depressivo.

A prevalência de depressão entre crianças e adolescentes com pensamento e ideação suicida foi 2 vezes maior (76,5%) em relação aos que não possuíam pensamentos ou ideação suicida (34,6%). Durante a revisão sistematizada, foi encontrado somente um artigo que analisa a associação do suicídio com a depressão entre crianças e adolescentes acolhidos. De acordo com Gearing<sup>30</sup>, há associação significativa entre o suicídio e a depressão, sendo que os deprimidos apresentam 3,5 maior probabilidade de cometer o suicídio, quando comparados aos que não possuem depressão.

Em relação às limitações do estudo, é possível que tenha ocorrido um erro aleatório em função do “N” limitado, causando uma falta de poder estatístico para detectar a diferença significativa entre alguns fatores, influenciando no resultado da pesquisa. Por ser um estudo transversal e verificar apenas a prevalência e os fatores associados, não foi possível avaliar a contribuição da institucionalização para o processo de adoecimento.

Apesar dos estudos nacionais e internacionais apontarem uma variabilidade na prevalência de depressão entre crianças e adolescentes residentes em unidades de acolhimento, a partir dos resultados alcançados percebe-se que a proporção de acolhidos com transtorno depressivo no presente estudo é a segunda maior quando comparada as prevalências apresentadas nos artigos encontrados, sendo maior inclusive do que instituições localizadas em países com guerras. Além disso, a média de idade no momento do acolhimento corresponde ao período de transição da infância para a adolescência, fase do desenvolvimento em que ocorrem transformações psíquicas, comportamentais e sociais, ocorrendo maior vulnerabilidade ao adoecimento. Deve ser considerado também o número reduzido de

cuidadores e a sobrecarga de trabalho do corpo técnico das unidades, conforme relato dos técnicos, dificultando o estabelecimento de vínculo, atenção e cuidado com os acolhidos. O fato da maior prevalência ocorrer entre o sexo feminino, demonstra congruência com os dados apresentados em outros estudos, em que meninas são apontadas como as mais propensas a desenvolver transtornos internalizantes. O motivo pelo qual a prevalência de depressão ser menor no grupo que vivenciou situação de rua, possivelmente ocorra em função do afastamento em relação aos fatores de risco no ambiente doméstico, sendo a opção pela rua a procura por um espaço menos adoecedor. Além disso, crianças e adolescentes que vivem em situação de rua, constituem grupos entre si, possibilitando maior rede de apoio, além de processos e identificação de pertencimento, constituindo possível fator de proteção.

As redes de atenção psicossocial infantojuvenil da maior parte dos municípios onde o estudo foi realizado possuem uma defasagem de serviços ou de capacidade de atendimento em relação à demanda da população, mesmo quando considerados crianças e adolescentes que residem com suas famílias. Assim, ocorre uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental, principalmente entre aqueles que não apresentam problemas comportamentais. Frequentemente são encaminhados aos serviços de saúde somente aquelas crianças e adolescentes que apresentam sintomatologia que afetam humor, comportamento, cognição ou psicossomática de modo mais perceptível, severo ou persistente. Cabe salientar que durante as entrevistas com os técnicos das unidades, foi confirmado, que em razão da dificuldade de acesso aos serviços de saúde para o cuidado dos acolhidos, acabam sendo efetivamente encaminhados somente aqueles com sintomas mais graves, o que explica a associação entre depressão e atendimento médico e psicológico.

De acordo com as diretrizes normativas que regem a institucionalização de crianças e adolescentes, a partir do momento do acolhimento, somente é possível o retorno da criança e do adolescente aos responsáveis, caso seja identificada, durante a avaliação psicossocial, a comprovação do estabelecimento de um ambiente saudável e de cuidado. Apesar da não haver diferença estatisticamente significativa e o valor  $p$  ter sido limítrofe em relação aos deprimidos que retornaram a família de origem, o resultado pode indicar uma melhora na condição familiar ou no contexto de cuidado em que a criança/adolescente será reinserido. Por outro lado, o afastamento familiar, a quebra de vínculos com os pares em razão do acolhimento, a inexistência de um ambiente propício ao desenvolvimento psíquico, assim como dificuldades de ajustamento no processo de institucionalização, pode constituir um maior prejuízo à saúde mental e aumentar o risco da depressão.

Desse modo, é preciso que os serviços da assistência social e saúde levem em consideração a maior vulnerabilidade desta população para os transtornos mentais. É necessário adequar o acesso e a intervenção psicossocial dos serviços com as demandas apresentadas pelos acolhidos, levando em consideração o modelo de institucionalização e sua relação com a saúde mental. Além disso, ressalta-se a importância do trabalho de reintegração familiar realizado pelas unidades, o que pode gerar um impacto positivo na saúde dos acolhidos. Como pesquisas epidemiológicas sobre transtorno mental infantojuvenil são em sua maioria com adolescentes residentes com pais ou responsáveis, é importante que novos estudos sejam realizados tendo em vista a necessidade de conhecer o modo como a institucionalização colabora para o adoecimento psíquico de crianças e adolescentes, além de avaliar a prevalência de outros transtornos mentais e o impacto dos fatores de risco à saúde mental. Além disso, recomenda-se pesquisas longitudinais, visando obter mais informações sobre os fatores associados ao adoecimento entre crianças e adolescentes acolhidos.

## REFERÊNCIAS

1. Gontijo DT, Buiati PC, Santos RL, Ferreira ATD. Fatores relacionados à institucionalização de crianças e adolescentes acolhidos na comarca de Uberaba – MG. Rev. Bras. Promoç. Saúde 2012; 25:139-50.
2. Pereira M, Soares I, Dias P, Silva J, Marques S, Batista J. Desenvolvimento, psicopatologia e apego: estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras. Psicol. Reflex. Crit. 2010; 23:222-31.
3. Ayas M, Ayas AB, Basgul SS, Karakaya I, Sismanlar G, Yar A, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors in institutionalized 3-5 year old children. Turk Psikiyatri Derg. 2012; 23:82-8.
4. Ellis H, Fisher PA, Zaharie S. Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared romanian children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43:1283-92.
5. Ahmad A, Qahar J, Siddiq A, Majeed A, Rasheed J, Jabar F, et al. A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and post-traumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. Child: care, hlth dev. 2005; 31:203-15.
6. Cheng J, Sun YH. Depression and anxiety among left-behind children in China: a systematic review. Child Care Health Dev. 2015; 41:515-23.

7. Bronsard G, Lançon C, Loundou A, Auquier P, Rufo M, Siméoni MC. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Child. Youth Serv. Rev.* 2011; 33:1886-90.
8. Gearing RE, Mackenzie MJ, Schwalbe CS, Brewer KB, Ibrahim RW. Prevalence of Mental Health and Behavioral Problems Among Adolescents in Institutional Care in Jordan. *Psychiatr Rev.* 2013; 64:196-200.
9. Mohammadzadeh M, Awang H, Shahar HK, Ismail S. Emotional health and self-esteem among adolescents in Malaysian orphanages. *Community Ment Health J.* 2017; 54:117-25.
10. Alvares AM, Lobato GR. Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Temas psicol.* 2013; 21:151-64.
11. Oliveira LMM, Resende AC. Estudo de sintomas depressivos em crianças sob situação de acolhimento institucional. *Psicol. Pesquisa* 2016; 10:55-63.
12. Calcing J, Benetti SPC. Caracterização da saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Psico* 2014; 45:559-67.
13. Wathier JL, Dell'aglio DD; Bandeira DR. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Aval. psicol.* 2008; 7:75-84.
14. Cruvinel M, Boruchovitch E, Santos AAA. Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Fractal, Rev. Psicol.* 2008; 20:473-89.
15. Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de Depressão Infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiat.* 1995; 44:345-9.
16. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União* de 16 jul. 1990; 13 jul.
17. Barbosa GA, Barbosa AAG, Gouveia VV. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. *Infanto: Rev. Neuropsiq. Inf. Adol.* 2002; 10:34-47.
18. Brasil. Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas; 2017.
19. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos; 2000.
20. Fawzy N, Fouad A. Psychosocial and Developmental Status of Orphanage Children: epidemiological Study. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010; 17:41-8.
21. Yendork JS, Somhlaba NZ. Stress, coping and quality of life: an exploratory study of the psychological well-being of Ghanaian orphans placed in orphanages. *Child. Youth Serv. Rev.* 2014; 46:28-37.

22. Abaid JLW, Dell'aglio DD, Koller SH. Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. *Univ. Psychol.* 2010; 9:199-212.
23. Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J, Fegert JM. Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 2008; 2.
24. Feitosa HN, Ricou M, Rego S, Nunes R. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epistemológicas, assistenciais e bioéticas. *Rev. Bioét.* 2011; 19:259-75.
25. Pinto ACS, Luna IT, Silva AA, Pinheiro PNC, Braga VAB, Souza AMA. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP* 2014; 48:555-64.
26. Segura A, Pereda N, Guilera G, Abad J. Poly-victimization and psychopathology among Spanish adolescents in residential care. *Child Abuse Negl.* 2016; 55:40-51.
27. Mutiso VN, Musyimi CW, Tele A, Ndeti DM. Epidemiological patterns and correlates of mental disorders among orphans and vulnerable children under institutional care. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016; 52:65-75.
28. Fernández-Molina M, Valle J, Fuentes MJ, Bernedo IM, Bravo A. Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema* 2011; 23:1-6.
29. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *Br J Psychiatry* 2007; 190:319-25.
30. Gearing RE, Brewer KB, Elkins J, Ibrahim RW, Mackenzie MJ, Schwalbe CSJ. Prevalence and correlates of depression, posttraumatic stress disorder, and suicidality in Jordanian youth in institutional care. *Nerv. Ment. Dis.* 2015; 203:175-81.

## CONCLUSÃO

Os transtornos mentais na infância e adolescência por si só é um tema no qual ainda busca-se esclarecimentos e avanços no que diz respeito à consolidação de uma política específica, haja vista que estratégias de atenção referentes à saúde mental infantojuvenil e a assistência social foram pensadas recentemente, constituindo desafios às políticas públicas.

A alta prevalência de transtorno depressivo e transtorno de ansiedade entre crianças e adolescentes institucionalizados apresentadas no presente estudo, apontam para a necessidade de conhecermos o impacto da institucionalização para a saúde mental dos acolhidos, avaliando os fatores de risco que estão associados ao processo de institucionalização.

Desse modo, torna-se relevante questionar as repercussões do acolhimento institucional na saúde mental dessas crianças e adolescentes que para além de suas histórias pregressas, muitas vezes marcadas por situações de violência e abandono, ao serem tuteladas pelo estado podem se deparar novamente com um ambiente hostil e pouco estimulante e adoecedor.

É preciso pensar as políticas de saúde mental infantojuvenil, os serviços que as executam e as ações planejadas, de modo a qualificar o cuidado integrado entre os estabelecimentos de saúde e assistência para a reabilitação e reinserção psicossocial de crianças e adolescentes. Assim, serviços de saúde mental e unidades de acolhimento precisam adequar suas estratégias de cuidado de acordo com as especificidades dessa população.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



### PESQUISA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE UNIDADES DE ACOLHIMENTO NA REGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.

| ESTRUTURA DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO   |                  |
|---|------------------|
| 1. Número do questionário: ___ ___ ___  | NQUE ___ ___ ___ |
| 2. Nome do menor: _____   | NMEN ___ ___     |
| 3. Nome da unidade de acolhimento:<br>_____   | NUNI ___ ___     |
| 4. Número da unidade de acolhimento: ___ ___  | NUAC ___ ___     |
| 5. Data da entrevista: ___ ___/___ ___/___ ___  | DENT: _____      |
| 6. Data de início de funcionamento da instituição (ano): ___ ___  | FUNC ___ ___     |
| 7. Tipo de serviço de acolhimento:<br><br>( 1 ) Casa transitória<br>( 2 ) Casa-lar<br>( 3 ) Abrigo  | TIPO ___ ___     |
| 8. Natureza institucional:<br><br>( 1 ) Público municipal<br>( 2 ) Público estadual<br>( 3 ) Público federal<br>( 4 ) Não-governamental   | NINS ___ ___     |
| 9. Vinculação/orientação religiosa:<br><br>( 1 ) Católica<br>( 2 ) Espírita<br>( 3 ) Evangélica<br>( 4 ) Não possui<br>( 5 ) Outra _____ (escrever extenso)   | VREL ___ ___     |
| 10. Qual o regime de permanência nesse programa serviço de acolhimento?<br><br>( 1 ) As crianças e/ou adolescentes ficam no abrigo o tempo todo (moram no abrigo)<br>( 2 ) As crianças e/ou adolescentes ficam no abrigo durante a semana e vão para casa nos fins de semana<br>( 3 ) As crianças e/ou adolescentes ficam no abrigo durante o dia e dormem em casa<br>( 4 ) Outros. Especificar:<br>_____ | RPER ___         |

|   |  |
|---|--|
| <p>11. Possui Projeto Político-Pedagógico (plano de trabalho)?</p> <p>(1) Sim<br/>(2) Não</p>   | <p>PPED __</p>   |
| <p>12. Este abrigo é de atendimento exclusivo para crianças e/ou adolescentes em alguma situação específica?</p> <p>( 1 ) Não, este abrigo atende qualquer criança e/ou adolescente em situação de risco<br/>( 2 ) Abrigo para vítimas de violência<br/>( 3 ) Abrigo para portadores de necessidades especiais<br/>( 4 ) Abrigo para crianças e/ou adolescentes em situação de rua<br/>( 5 ) Abrigo para crianças e/ou adolescentes com doença infecto-contagiosa<br/>( 6 ) Outro tipo de atendimento exclusivo</p> | <p>AEXC __</p>   |
| <p>13. Sexo do público-alvo:</p> <p>( 1 ) Masculino<br/>( 2 ) Feminino<br/>( 3 ) Ambos</p>  | <p>SEX __</p>  |
| <p>14. Faixa etária que o serviço abrange:</p> <p>Idade mínima: __ __<br/>Idade máxima: __ __</p>   | <p>IMIN __ __<br/>IMAX __ __</p>                               |
| <p>15. Capacidade máxima de acolhidos por sexo:</p> <p>Masculino: __ __<br/>Feminino: __ __<br/>Total __ __</p>   | <p>CMAS __ __<br/>CFEM __ __<br/>totcap __ __</p>              |
| <p>16. Número atual de acolhidos: __ __</p>   | <p>NACO __ __</p>  |
| <p>17. Número de dormitórios: __ __</p>   | <p>NDORM __</p>  |
| <p>18. Número de camas por dormitório: __ __</p>  | <p>NCAM __ __</p>  |
| <p>19. Número de cuidadores: __ __</p>  | <p>NCUI __ __</p>  |
| <p>20. Número de cuidadores por carga horária diária:</p> <p>4h: __ __<br/>6h: __ __<br/>8h: __ __<br/>12h: __ __</p>   | <p>CHOA __ __<br/>CHOB __ __<br/>CHOC __ __<br/>CHOD __ __</p> |
| <p>21. Há capacitação inicial para os cuidadores?</p> <p>( 1 ) Sim<br/>( 2 ) Não</p>  | <p>CINI __</p>   |
| <p>22. Formação mínima exigida para ser cuidador:</p> <p>( 1 ) Ensino fundamental<br/>( 2 ) Ensino médio<br/>( 3 ) Ensino superior</p>  | <p>FORC __</p>   |



|  |   |
|--|---|
| <p>23. Frequência de substituição dos cuidadores:</p> <p>( 1 ) Menos de 6 meses<br/> ( 2 ) De 6 a 12 meses<br/> ( 3 ) De 12 meses a 24 meses<br/> ( 4 ) Mais de 24 meses<br/> ( 5 ) Não há substituição<br/> ( 6 ) Não informado</p>   | <p>FSUB __ __</p>   |
| <p>24. São realizadas ações direcionadas as famílias da criança e/ou adolescente acolhido?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>   | <p>ADFA __ __</p>   |
| <p>25. Ações direcionadas as famílias da criança e/ou adolescente acolhido:</p> <p>( 1 ) Sim, acompanhamento psicológico<br/> ( 2 ) Sim, acompanhamento social<br/> ( 3 ) Sim, apoio financeiro<br/> ( 4 ) Sim, apoio material (material escolar, medicamento)<br/> ( 5 ) Sim, assistência jurídica<br/> ( 6 ) Sim, encaminhamento para serviços de cuidado, assistência ou saúde (UBS, CAPS, CREAS, CRAS)<br/> ( 7 ) Sim, encaminhamento para programas de profissionalização<br/> ( 9 ) Sim, reuniões ou grupos de discussão, orientação e apoio<br/> (10) Sim, visita domiciliar<br/> (11) Sim, outras<br/> ( 8 ) NSA</p> | <p>SPSI __ __<br/> SSOC __ __<br/> SFIN __ __<br/> SMAT __ __<br/> SJUR __ __<br/> SSAU __ __<br/> SPRO __ __<br/> SAPO __ __<br/> SVIS __ __<br/> SOUT __ __<br/> NREA __ __</p> |
| <p>26. Mantém o programa de apadrinhamento afetivo?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>  | <p>PAFE __ __</p>   |
| <p>27. Oferece atividades profissionalizantes?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>   | <p>APROF __ __</p>  |
| <p>28. Criança e/ou adolescente realiza ações de desligamento?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>   | <p>ADRC __ __</p>   |
| <p>29. Ações de desligamento realizadas com os menores</p> <p>( 1 ) Sim, avaliação das condições psicossociais para o desligamento<br/> ( 2 ) Sim, inserção em trabalho remunerado<br/> ( 3 ) Sim, atividades profissionalizantes<br/> ( 4 ) Sim, encaminhamento para serviços de moradia (albergue, pensionato, asilo)<br/> ( 5 ) Sim, promoção de vínculos com familiares<br/> ( 6 ) Sim, outras<br/> ( 7 ) Não se aplica</p>  | <p>SCPS __ __<br/> STRA __ __<br/> SAPR __ __<br/> SMOR __ __<br/> SVFA __ __<br/> SOAT __ __<br/> NDES __ __</p>   |

| <b>PERFIL PSICOSSOCIAL</b>   |  |
|--|--|
| <b>As questões psicossociais deverão ser respondidas por um técnico responsável da unidade de acolhimento</b>  |  |
| 1. Número do questionário: ___ ___ ___   | NQUE ___ ___ ___   |
| 2. Nome do menor: _____  | NMEN ___ ___   |
| 3. Nome da unidade de acolhimento:<br>_____  | NUNI ___ ___   |
| 4. Número da unidade de acolhimento: ___ ___   | NUAC ___ ___   |
| 5. Data da entrevista: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___   | DENT: _____  |
| 6. Data de nascimento: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___   | DNAS _____   |
| 7. Idade: ___ ___  | IDAD ___ ___   |
| 8. Sexo:<br><br>( 1 ) Masculino<br>( 2 ) Feminino  | SEX ___ ___  |
| 9. Cor da pele:<br><br>( 1 ) Branca<br>( 2 ) Preta<br>( 3 ) Parda<br>( 4 ) Amarela<br>( 5 ) Indígena   | RAÇ ___ ___  |
| 10. Filiação:<br><br>( 1 ) Mãe (desconhecida)<br>( 2 ) Mãe (falecida)<br>( 3 ) Mãe (não localizada)<br>( 4 ) Mãe (com vínculo)<br>( 5 ) Mãe (sem vínculo)<br>( 6 ) Pai (desconhecido)<br>( 7 ) Pai (falecida)<br>( 8 ) Pai (não localizado)<br>( 9 ) Pai (com vínculo)<br>( 10 ) Pai (com vínculo) | FMAE ___ ___<br>FPAE ___ ___   |
| 11. Possui alguma especificidade?<br><br>( 1 ) Sim<br>( 2 ) Não  | PAEP ___ ___   |
| 12. Especificidade:<br><br>( 1 ) Ameaça de morte<br>( 2 ) Situação de rua<br>( 3 ) Doenças-infectocontagiosas<br>( 4 ) Doença crônica<br>( 5 ) Transtorno mental   | AMOR ___ ___<br>SRUA ___ ___<br>DINF ___ ___<br>DCRO ___ ___<br>TMEN ___ ___<br>DQUI ___ ___<br>GRAV ___ ___ |

|   |  |
|---|--|
| ( 6 ) Dependência química<br>( 7 ) Gravidez<br>( 8 ) Possui filhos<br>( 9 ) Deficiência física<br>( 10 ) Deficiência sensorial<br>( 11 ) Deficiência mental<br>( 12 ) Outros.<br>Especificar: _____   | PFIL ___ ___<br>DFIS ___ ___<br>DSEN ___ ___<br>DMEN ___ ___<br>OESP ___ ___   |
| 13. Escolaridade (anos completos): ___ ___  | ESC ___ ___  |
| 14. Frequenta escola?<br><br>( 1 ) Sim<br>( 2 ) Não   | FESC ___ ___   |
| 15. Idade de acolhimento: ___ ___ (anos)  | IACO ___ ___   |
| 16. Tempo de permanência no serviço de acolhimento (meses): ___ ___ ___   | TPER ___ ___ ___   |
| 17. Motivo do acolhimento:<br><br>( 1 ) Negligência<br>( 2 ) Pais ou responsáveis dependentes químicos/alcoolistas<br>( 3 ) Abandono pelos pais ou responsáveis<br>( 4 ) Violência doméstica<br>( 5 ) Abuso sexual praticado pelos pais ou responsáveis<br>( 6 ) Vivência de rua<br>( 7 ) Pais ou responsáveis com transtorno mental (problemas psiquiátricos/psicológicos)<br>( 8 ) Ausência dos pais ou responsáveis por prisão<br>( 9 ) Carência de recursos materiais da família/responsável<br>( 10 ) Órfão (morte dos pais ou responsáveis)<br>( 11 ) Submetido à exploração sexual (prostituição, pornografia)<br>( 12 ) Submetido a exploração no trabalho, tráfico e/ou mendicância<br>( 13 ) Ausência dos pais ou responsáveis por doença<br>( 14 ) Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com questões de saúde específica<br>( 15 ) Pais ou responsáveis portadores de deficiência<br>( 16 ) Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de adolescente<br>( 17 ) Gestante<br>( 18 ) Outros _____ (especificar) | MNEG ___ ___<br>MPDQ ___ ___<br>MAPR ___ ___<br>MVDM ___ ___<br>MASP ___ ___<br>MVRU ___ ___<br>MPRT ___ ___<br>MAPR ___ ___<br>MCRM ___ ___<br>MOPR ___ ___<br>MSES ___ ___<br>MSET ___ ___<br>MAPD ___ ___<br>MPRS ___ ___<br>MPDF ___ ___<br>MPSC ___ ___<br>MGES ___ ___<br>MOUT ___ ___ |
| 18. Tipo de violência sofrida:<br><br>( 1 ) Física<br>( 2 ) Moral<br>( 3 ) Tortura<br>( 4 ) Sexual<br>( 5 ) Abandono<br>( 6 ) Outras  | VSOF ___ ___<br>VSOM ___ ___<br>VSOT ___ ___<br>VSOS ___ ___<br>VSOA ___ ___<br>VSOO ___ ___   |
| 19. Relação com o agressor:<br><br>( 1 ) Pai<br>( 2 ) Mãe<br>( 3 ) Padrasto<br>( 4 ) Madrasta<br>( 5 ) Irmão<br>( 6 ) Outros familiares   | RAGP ___ ___<br>RAGM ___ ___<br>RAGP ___ ___<br>RAGM ___ ___<br>RAGI ___ ___<br>RAGO ___ ___<br>RAGN ___ ___<br>RAGA ___ ___   |

|  |            |
|--|------------|
| ( 7 ) Namorado(a)<br>( 10 ) Amigo(a)/conhecido(a)  |            |
| 20. Órgão que encaminhou a criança e/ou adolescente para acolhimento:<br><br>( 1 ) Conselho tutelar<br>( 2 ) Família<br>( 3 ) Juizado da Infância e Juventude<br>( 4 ) Ministério Público<br>( 5 ) Outras instituições de acolhimento<br>( 6 ) Secretaria Municipal de Assistência Social (ou correspondente)<br>( 7 ) Polícia<br>( 8 ) Outros. Especifique: _____ | OENC __ __ |
| 21. Já esteve acolhido em outros serviços de acolhimento?<br><br>( 1 ) Sim<br>( 2 ) Não  | ACOS__ __  |
| 22. Já foi acolhido por família substituta e retornou ao serviço de acolhimento?<br><br>( 1 ) Sim<br>( 2 ) Não   | FSUB __ __ |
| 23. Já retornou a família de origem e foi recolhido?<br><br>( 1 ) Sim<br>( 2 ) Não   | RACO __    |
| 24. Possui irmãos sob a custódia dos pais/ responsáveis?<br><br>( 4 ) Sim<br>( 5 ) Não   | IPAI __ __ |
| 25. Possui irmãos no mesmo serviço de acolhimento?<br><br>( 1 ) Sim<br>( 2 ) Não   | IACO __ __ |
| 26. Possui irmãos em outros serviços de acolhimento?<br><br>( 1 ) Sim<br>( 2 ) Não   | IOSE__ __  |
| 27. Possui Guia de acolhimento?<br><br>( 1 ) Sim<br>( 2 ) Não  | GACO __ __ |
| 28. Possui Plano Individual de Atendimento (PIA)?<br><br>( 1 ) Sim<br>( 2 ) Não  | PIA __ __  |
| 29. Criança e/ou adolescente possui impedimento jurídico de contato com a família?<br><br>( 1 ) Sim, definitiva<br>( 2 ) Sim, temporária<br>( 3 ) Não  | IJUR __ __ |

|   |   |
|---|---|
| <p>30. Recebe visita dos pais/responsáveis?</p> <p>( 1 ) Sim, no último mês<br/> ( 2 ) Sim, nos últimos três meses<br/> ( 3 ) Sim, nos últimos seis meses<br/> ( 4 ) Sim, há mais de seis meses<br/> ( 5 ) Não</p>  | <p>VSIT __</p>  |
| <p>31. São realizadas ações para proporcionar a convivência da criança e/ou adolescente com sua família de origem?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>  | <p>APCF __ __</p>   |
| <p>32. Ações realizadas para proporcionar a convivência da criança e/ou adolescente com sua família de origem:</p> <p>( 1 ) Visita da família em datas pré-estabelecidas;<br/> ( 2 ) Visitação livre das famílias ao abrigo;<br/> ( 3 ) Contato telefônico;<br/> ( 4 ) Troca de correspondência;<br/> ( 5 ) Auxílio-transporte para família visitar a criança e/ou adolescente<br/> ( 6 ) Permite visitação da criança e/ou adolescente a família<br/> ( 7 ) Permite que a criança e/ou adolescente passe final de semana com a família<br/> ( 9 ) Utiliza serviço de identificação/localização da família de origem<br/> ( 8 ) NSA</p> | <p>VFPE __ __<br/> VLFA __ __<br/> CTEL __ __<br/> TCOR __ __<br/> ATRA __ __<br/> VCAF __ __<br/> VFIN __ __<br/> SIDE __ __<br/> NSAP __ __</p> |
| <p>33. Possui padrinho afetivo?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não<br/> ( 8 ) NSA (a instituição não participa do programa)</p>  | <p>PAFE __ __</p>   |
| <p>34. Criança e/ou adolescente está cadastrado para adoção?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>  | <p>CADO __</p>  |
| <p>35. Histórico de fuga do serviço de acolhimento?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>   | <p>HSAC __</p>  |
| <p>36. Possui histórico de prática de ato infracional?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>  | <p>AINF __</p>  |
| <p>37. Faz uso contínuo de medicação?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>   | <p>UMED __</p>  |
| <p>38. A criança e/ou adolescente frequenta algum serviço ou realiza alguma atividade assistencial?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>   | <p>SAAT __ __</p>   |

|   |  |
|---|--|
| <p>39. Serviços que o menor frequenta ou realiza atividades:</p> <p>( 1 ) Assistência jurídica<br/> ( 2 ) Assistência médica<br/> ( 3 ) Assistência social<br/> ( 4 ) Assistência psicológica<br/> ( 5 ) Assistência/tratamento para dependência química<br/> ( 6 ) Assistência odontológica<br/> ( 7 ) Assistência religiosa<br/> ( 8 ) Atividade cultural<br/> ( 9 ) Atividade de lazer<br/> ( 10 ) Atividade esportiva<br/> ( 11 ) Atividade de reforço escolar</p>  | <p>AJUR ___ __<br/> AMED ___ __<br/> ASOC ___ __<br/> APSI ___ __<br/> ADQU ___ __<br/> AODO ___ __<br/> AREL ___ __<br/> ACUL ___ __<br/> ALAZ ___ __<br/> AESP ___ __<br/> ARES ___ __</p> |
| <p>40. Criança e/ou adolescente está em processo de desligamento?</p> <p>( 1 ) Sim<br/> ( 2 ) Não</p>   | <p>DESL ___ __</p>   |
| <p>41. Motivo do desligamento:</p> <p>( 1 ) Adoção<br/> ( 2 ) Maior idade<br/> ( 3 ) Retorno à família de origem<br/> ( 4 ) Não se aplica</p>   | <p>MDES ___ __</p>   |
| <b>RASTREAMENTO DE SINTOMATOLOGIA</b>   |  |
| <p><b>ORIENTAÇÕES PARA OS ENTREVISTADORES</b></p> <p><b>As questões a seguir deverão ser respondidas pelos menores. O entrevistado deverá indicar apenas uma resposta por questão.</b></p> <p><b>A pesquisa e entrevista devem ser esclarecidas e conduzidas conforme as diretrizes do treinamento de entrevistadores.</b></p> <p><b>Deixar claro ao entrevistado que poderá desistir de participar do estudo, solicitar informações ou sanar dúvidas a qualquer momento, sem que com isso haja prejuízos para si ou terceiros.</b></p> <p><b>Lembre-se de comunicar ao entrevistado que: Nenhuma resposta é certa ou errada. Depende de como ele se sente. Para responder, deverá considerar como tem se sentido nas últimas duas semanas. Informar que as respostas são secretas, sendo de conhecimento apenas dos entrevistadores.</b></p> |  |
| <p>42. ( 1 ) Eu fico triste de vez em quando<br/> ( 2 ) Eu fico triste muitas vezes<br/> ( 3 ) Eu estou sempre triste</p>   | <p>CDI1 ___ __</p>   |
| <p>43. ( 1 ) Para mim tudo se resolverá bem<br/> ( 2 ) Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim<br/> ( 3 ) Nada vai dar certo para mim</p>  | <p>CDI2 ___ __</p>   |
| <p>44. ( 1 ) Eu faço bem a maioria das coisas<br/> ( 2 ) Eu faço errado a maioria das coisas<br/> ( 3 ) Eu faço tudo errado</p>   | <p>CDI3 ___ __</p>   |

|   |             |
|---|-------------|
| 45. ( 1 ) Eu me divirto com muitas coisas<br>( 2 ) Eu me divirto com algumas coisas<br>( 3 ) Nada é divertido para mim  | CDI4 __ __  |
| 46. ( 1 ) Eu sou mau de vez em quando<br>( 2 ) Eu sou mau com frequência<br>( 3 ) Eu sou sempre mau   | CDI5 __ __  |
| 47. ( 1 ) De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer<br>( 2 ) Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam<br>( 3 ) Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão                         | CDI6 __ __  |
| 48. ( 1 ) Eu gosto de mim mesmo<br>( 2 ) Eu não gosto de mim mesmo<br>( 3 ) Eu me odeio   | CDI7 __ __  |
| 49. ( 1 ) Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem<br>( 2 ) Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa<br>( 3 ) Tudo de mau que acontece é por minha culpa                   | CDI8 __ __  |
| 50. ( 1 ) Eu não penso em me matar<br>( 2 ) Eu penso em me matar, mas não o faria<br>( 3 ) Eu quero me matar  | CDI9 __ __  |
| 51. ( 1 ) Eu sinto vontade de chorar esporadicamente<br>( 2 ) Eu sinto vontade de chorar frequentemente<br>( 3 ) Eu sinto vontade de chorar diariamente   | CDI10 __ __ |
| 52. ( 1 ) Eu me sinto entediado esporadicamente<br>( 2 ) Eu me sinto entediado frequentemente<br>( 3 ) Eu me sinto sempre entediado   | CDI11 __ __ |
| 53. ( 1 ) Eu gosto de estar com as pessoas<br>( 2 ) Frequentemente eu não gosto de estar com as pessoas<br>( 3 ) Eu não gosto de estar com as pessoas   | CDI12 __ __ |
| 54. ( 1 ) Eu tomo decisões facilmente<br>( 2 ) É difícil para mim tomar decisões<br>( 3 ) Eu não consigo tomar decisões   | CDI13 __ __ |
| 55. ( 1 ) Eu tenho boa aparência<br>( 2 ) Minha aparência tem alguns aspectos negativos<br>( 3 ) Eu sou feio  | CDI14 __ __ |
| 56. ( 1 ) Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim<br>( 2 ) Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa<br>( 3 ) Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa | CDI15 __ __ |
| 57. ( 1 ) Eu durmo bem à noite<br>( 2 ) Eu tenho dificuldades para dormir à noite frequentemente<br>( 3 ) Eu sempre tenho dificuldades para dormir à noite  | CDI16 __ __ |
| 58. ( 1 ) Eu me canso de vez em quando<br>( 2 ) Eu me canso frequentemente<br>( 3 ) Eu estou sempre cansado   | CDI17 __ __ |
| 59. ( 1 ) Alguns dias eu não tenho vontade de comer<br>( 2 ) Quase sempre eu não tenho vontade de comer<br>( 3 ) Estou sempre com vontade de comer  | CDI18 __ __ |

|   |             |
|---|-------------|
| 60. ( 1 ) Eu não temo sentir dor<br>( 2 ) Eu temo sentir dor com frequência<br>( 3 ) Eu estou sempre temeroso de sentir dor   | CDI19 __ __ |
| 61. ( 1 ) Eu não me sinto sozinho<br>( 2 ) Eu me sinto sozinho com frequência<br>( 3 ) Eu sempre me sinto sozinho   | CDI20 __ __ |
| 62. ( 1 ) Eu me divirto na escola frequentemente<br>( 2 ) Eu me divirto na escola de vez em quando<br>( 3 ) Eu nunca me divirto na escola   | CDI21 __ __ |
| 63. ( 1 ) Eu tenho muitos amigos<br>( 2 ) Eu tenho muitos amigos mas gostaria de ter mais<br>( 3 ) Eu não tenho muitos amigos   | CDI22 __ __ |
| 64. ( 1 ) Meus trabalhos na escola são bons<br>( 2 ) Meus trabalhos na escola não são tão bons quanto eram antes<br>( 3 ) Eu tenho me saído mal nas matérias em que eu costumava ser bom  | CDI23 __ __ |
| 65. ( 1 ) Meu nível é tão bom quanto o das outras crianças<br>( 2 ) Meu nível pode ser tão bom quanto o das outras crianças, se eu quiser<br>( 3 ) Meu nível nunca é tão bom quanto o das outras crianças                                 | CDI24 __ __ |
| 66. ( 1 ) Eu tenho certeza que sou amado por alguém<br>( 2 ) Eu não tenho certeza se sou amado por alguém<br>( 3 ) Ninguém gosta de mim realmente   | CDI25 __ __ |
| 67. ( 1 ) Eu sempre faço o que me mandam<br>( 2 ) Eu faço o que me mandam com frequência<br>( 3 ) Eu nunca faço o que me mandam   | CDI26 __ __ |
| 68. ( 1 ) Eu não me comunico bem com as pessoas<br>( 2 ) Eu me envolvo em brigas com frequência<br>( 3 ) Eu estou sempre me envolvendo em brigas  | CDI27 __ __ |
| <b>ORIENTAÇÕES PARA ENTREVISTADORES</b>   |             |
| Para as questões a seguir, esclarecer aos entrevistados que:  |             |
| Será citada uma lista de itens que descreve como as pessoas se sentem em algumas situações. Para cada frase, deverá ser indicado o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever como tem se sentido nos últimos 3 meses. |             |
| Indicar 0 para o item que <b>nunca é verdadeiro ou é raramente verdadeiro</b>   |             |
| Indicar 1 para o item que <b>algumas vezes é verdadeiro</b>   |             |
| Indicar 2 para o item que é <b>bastante ou frequentemente verdadeiro</b>  |             |
| 69. Quando eu fico com medo, eu tenho dificuldade de respirar<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente  | SCA01 __ __ |
| 70. Eu sinto dor de cabeça quando estou na escola<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente  | SCA02 __ __ |



|   |            |
|---|------------|
| 71. Eu não gosto de estar com pessoas que não conheço bem<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente    | SCA03__ __ |
| 72. Eu fico com medo quando eu durmo fora de casa<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente            | SCA04__ __ |
| 73. Eu me preocupo se outras pessoas gostam de mim<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente           | SCA05__ __ |
| 74. Quando eu fico com medo, eu sinto como se fosse desmaiar<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente | SCA06__ __ |
| 75. Eu sou nervoso<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente   | SCA07__ __ |
| 76. Eu sigo minha mãe ou meu pai onde eles vão<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente               | SCA08__ __ |
| 77. As pessoas me dizem que eu pareço nervoso<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente                | SCA09__ __ |
| 78. Eu fico nervoso com as pessoas que não conheço bem<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente       | SCA10__ __ |
| 79. Eu tenho dor de barriga na escola<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente                        | SCA11__ __ |
| 80. Quando eu fico cm medo acho que vou enlouquecer<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente          | SCA12__ __ |
| 81. Eu tenho medo de dormir sozinho<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente                          | SCA13__ __ |
| 82. Eu me preocupo em ser tão bom quanto às outras crianças<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente  | SCA14__ __ |

|  |            |
|--|------------|
| 83. Quando eu fico com medo, tenho a impressão de que as coisas não são reais<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente | SCA15__ __ |
| 84. Eu tenho pesadelos com coisas ruins acontecendo com os meus pais<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente          | SCA16__ __ |
| 85. Eu fico preocupado quando tenho que ir à escola<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente                           | SCA17__ __ |
| 86. Quando eu fico com medo, o meu coração bate rápido<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente                        | SCA18__ __ |
| 87. Quando eu fico nervoso, eu tremo de medo<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente                                  | SCA19__ __ |
| 88. Eu tenho pesadelos com alguma coisa ruim acontecendo comigo<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente               | SCA20__ __ |
| 89. Eu fico preocupado se as coisas vão dar certo para mim<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente                    | SCA21__ __ |
| 90. Quando eu fico com medo, sou muito<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente  | SCA22__ __ |
| 91. Eu sou muito preocupado<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente   | SCA23__ __ |
| 92. Eu fico com muito medo sem nenhum motivo<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente                                  | SCA24__ __ |
| 93. Eu tenho medo de ficar sozinho em casa<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente                                    | SCA25__ __ |
| 94. Eu tenho dificuldade para falar com pessoas que não conheço bem<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente           | SCA26__ __ |

|  |            |
|--|------------|
| <p>95. Quando eu fico com medo, eu me sinto sufocado</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>                    | SCA27__ __ |
| <p>96. As pessoas dizem que eu me preocupo demais</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>                       | SCA28__ __ |
| <p>97. Eu não gosto de ficar longe da minha família</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>                     | SCA29__ __ |
| <p>98. Eu tenho medo de ter ataques de ansiedade ou ataques de pânico</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>   | SCA30__ __ |
| <p>99. Eu tenho medo de que alguma coisa ruim aconteça com os meus pais</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p> | SCA31__ __ |
| <p>100. Eu fico com vergonha na frente de pessoas que não conheço bem</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>   | SCA32__ __ |
| <p>101. Eu me preocupo muito com o que vai acontecer no futuro</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>          | SCA33__ __ |
| <p>102. Quando eu fico com medo, eu tenho vontade de vomitar</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>            | SCA34__ __ |
| <p>103. Eu me preocupo muito em fazer as coisas bem feitas</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>              | SCA35__ __ |
| <p>104. Eu tenho medo de ir à escola</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>                                    | SCA36__ __ |
| <p>105. Eu me preocupo com as coisas que já aconteceram</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>                 | SCA37__ __ |
| <p>106. Quando eu fico com medo, eu me sinto tonto</p> <p>( 0 ) Nunca ou raramente<br/> ( 1 ) Algumas vezes<br/> ( 2 ) Frequentemente</p>                      | SCA38__ __ |

|   |            |
|---|------------|
| 107. Eu fico nervoso quando estou com outras crianças ou adultos e tenho que fazer algo enquanto eles me olham (por exemplo, ler em voz alta, falar, jogar um jogo ou praticar um esporte)<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente | SCA39__ __ |
| 108. Eu fico nervoso para ir a festas, bailes ou qualquer lugar onde estejam pessoas que não conheço bem<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente   | SCA40__ __ |
| 109. Eu sou tímido<br>( 0 ) Nunca ou raramente<br>( 1 ) Algumas vezes<br>( 2 ) Frequentemente   | SCA41__ __ |

**OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO E COLABORAÇÃO!!!**

## APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

### TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo investigar a prevalência de transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e fatores associados. O estudo será realizado com crianças e adolescentes entre 7 e 18 anos residentes de unidades de acolhimento. A coleta de dados será realizada através de entrevista individual e aplicação de instrumentos de avaliação psicológica.

Os participantes do estudo serão claramente informados que sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo para o mesmo. A qualquer momento os participantes poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando identidade dos participantes, bem como das instituições envolvidas. Para tanto, solicitamos autorização para realizar este estudo na instituição que se encontra sob sua coordenação.

Todo material da pesquisa ficará sob a responsabilidade dos autores. Dados individuais dos participantes não serão informados às instituições envolvidas ou familiares, contudo, caso seja constatado algum transtorno, haverá uma devolução do resultado para que seja realizado o encaminhamento ao serviço de saúde adequado. Além disso, haverá um retorno dos resultados de forma coletiva para a instituição.

Qualquer dúvida referente ao estudo poderá ser esclarecida com o coordenador Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Raúl Andrés Mendoza-Sasssi, do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, através dos telefones (53) 3237-4621 ou (53) 3237-4624.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Psicólogo responsável

Instituição: \_\_\_\_\_.

Concordamos que crianças e adolescentes que vivem nas unidades de acolhimento do município participem do presente estudo.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelas Unidades de Acolhimento

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TÉCNICOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TÉCNICOS

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo investigar a prevalência de transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e fatores associados. O estudo será realizado com crianças e adolescentes entre 7 e 18 anos residentes de unidades de acolhimento. A coleta de dados será realizada através de entrevista individual e aplicação de instrumentos de avaliação psicológica.

O participante do estudo foi claramente informado que sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo para o mesmo. A qualquer momento os participantes poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando identidade dos participantes, bem como das instituições envolvidas.

Todo material da pesquisa ficará sob a responsabilidade dos autores. Dados individuais dos participantes não serão informados às instituições envolvidas ou familiares, contudo, caso seja constatado algum transtorno, haverá uma devolução do resultado para que seja oferecido o encaminhamento ao CAPS Infantojuvenil ou Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande, ambos são serviços de saúde mental público e gratuito. Além disso, haverá um retorno dos resultados de forma coletiva para a instituição.

Qualquer dúvida referente ao estudo poderá ser esclarecida com o coordenador Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Raúl Andrés Mendoza-Sasssi, do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, através dos telefones (53) 3237-4621 ou (53) 3237-4624.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Psicólogo responsável

Eu, \_\_\_\_\_, estou ciente dos procedimentos da pesquisa e concordo em participar do presente estudo.

\_\_\_\_\_  
Participante

## APÊNDICE D - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MENORES

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MENORES

Prezado (a), você está sendo convidado (a) para participar do estudo Prevalência de ansiedade e depressão e fatores associados em crianças e adolescentes de unidades de acolhimento na região sul do Rio Grande do Sul, Brasil que tem como objetivo medir a prevalência de depressão e ansiedade e os fatores associados em crianças e adolescentes residentes em unidades de acolhimento. Para tanto, será realizado uma entrevista por meio de um questionário sobre a sua saúde, com todos os residentes em unidades de acolhimento de Rio Grande e Pelotas, RS que estejam na faixa etária entre 7 e 18 anos.

Os dados serão coletados utilizando-se de questionários com perguntas sobre a sua saúde, por voluntários capacitados e treinados. Estas entrevistas serão realizadas na própria unidade, num ambiente propício para este fim. Seu nome, assim como de seus colegas que participarem do estudo, não será identificado em nenhum momento, sendo garantido o sigilo.

Sua participação será voluntária e você tem a possibilidade de deixar de responder o questionário ou de efetuar a entrevista a qualquer momento. Caso você, mesmo com o consentimento dos responsáveis, se recuse a participar do estudo ou de uma parte dele, sua vontade será respeitada.

Destaca-se que a pesquisa não oferece riscos à sua saúde. Quando for identificada alguma necessidade em saúde do participante mental durante as entrevistas, será oferecido encaminhamento ao CAPS Infantojuvenil ou Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande, ambos são serviços de saúde mental público e gratuito.

A participação na pesquisa não acarretará nenhum custo financeiro a você ou responsáveis. Também não haverá nenhum tipo de compensação financeira relacionada à sua participação. Havendo qualquer dúvida você ou responsáveis poderão ligar para o número do coordenador da pesquisa (53) 3237-4621 ou (53) 3237-4624. Responsável: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Raúl Andrés Mendoza-Sasssi

Eu \_\_\_\_\_ aceito livremente participar como sujeito da pesquisa intitulada Prevalência de ansiedade e depressão e fatores associados em crianças e adolescentes de unidades de acolhimento na região sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Confirmando que ficou claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento de saúde mental quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo. Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda e a outra será arquivada na instituição responsável pela pesquisa.

Local e data : \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_