

# LÁGRIMAS NA INOCÊNCIA – HOSPITALIZAÇÃO E DEPRESSÃO INFANTIL NO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Trabalho Final da Licenciatura - 2004

**Ana Rosa Pires**

Psicóloga Clínica; Licenciada em Psicologia  
pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)  
[ana.rosa.pires@clix.pt](mailto:ana.rosa.pires@clix.pt)

## RESUMO

Este estudo visa verificar a existência de depressão em crianças com hospitalização prolongada, nomeadamente no Hospital de Santa Maria de Lisboa, no seguimento de estudos levados a cabo por Spitz, em 1946.

A depressão infantil foi reconhecida há relativamente pouco tempo como patologia, datando de 1979 o IV Congresso de Pedopsiquiatras Europeus em que foi reconhecida como distúrbio mental. Desde então, vários estudos têm sido levados efectuados ácerca desta patologia, tais como os de Beck e Kovacs (1978), Spitz (1979), Coimbra de Matos (1986) ou Teresa Ferreira (1993).

Através deste estudo, pudemos verificar que os dados não indiciam a existência de depressão infantil no Hospital de Santa Maria, tal pode dever-se a esta patologia muitas vezes se revelar quando as crianças já se encontram no seu ambiente familiar (Barros, 1998) e à necessidade de um maior aprofundamento do estudo. No entanto, devemos salientar os resultados da opção do Hospital de Santa Maria em manter sempre as crianças ocupadas com actividades semelhantes às que teriam no seu ambiente escolar, bem como os internamentos serem tão curtos quanto possível.

**Palavras-chave:** Depressão infantil, hospitalização, hospitalismo.

## ABSTRACT

This study seeks to verify the existence of depression in children with lingering hospitalization, namely in the Hospital of Santa Maria of Lisboa, in the continuation of studies carried out by Spitz, in 1946.

Child depression was recognized relatively few time as pathology, dating from 1979 the IV Congress Europeans' Chid Psychiatrists where was recognized as mental disturbance. Ever since, several studies have been taken about this pathology, such like the ones of Beck and Kovacs (1978), Spitz (1979), Coimbra de Matos (1986) or Teresa Ferreira (1993).

Through this study, we could verify that the data doesn't accuse the existence of child depression in Santa Maria's Hospital, such it can be due the this pathology many times reveals when the children

already meet in his/her family atmosphere (Barros, 1998) and to the need of a larger study. However, we should point out the results of the option of Santa Maria's Hospital in always maintaining the children busy with activities similar to the ones that would have in his/her school atmosphere, as well as the hospitalization be so short as possible.

**Key words:** Child depression, hospitalization, hospitalism.

---

## INTRODUÇÃO

A depressão em crianças privadas do meio familiar, foi tema de vários estudos, mas apenas Spitz (1946) se referiu às crianças em situação de hospitalismo. O problema inerente a este estudo é: “Como será a depressão de uma criança em idade escolar numa situação de hospitalização prolongada?”. O resultado esperado é que esta depressão seja severa.

## DEPRESSÃO INFANTIL

### Perspectivas Históricas

Em 1912 Abraham (Abraham, K., 1927) postulou um mecanismo dinâmico na depressão, referindo que, a dor é uma reacção normal à perda e a melancolia resulta em culpa. Freud, relacionou a melancolia com luto precoce e perda do objecto do amor filial. Segundo Finch, em 1960 (Kashani, J. et al., 1981) e Rie, em 1966, devido ao superego da criança não estar bem internalizado, não é possível que esta apresente um verdadeiro quadro depressivo. Foi em Agosto de 1979, na cidade de Estocolmo, no IV Congresso de Pedopsiquiatras Europeus com o tema “Estados Depressivos na Infância e na Adolescência” que a depressão, na fase etária acima referida, foi reconhecida como distúrbio mental.

### Alguns Modelos Teóricos

Freud em 1917 (in Pfeffer, 1986), afirma que, a melancolia, está de algum modo relacionada com a perda do objecto retirado da consciência, em contraposição ao luto, onde nada relacionado, com a perda, é inconsciente.

Coimbra de Matos (1986), define a depressão como uma estrutura, situando-se entre a estrutura neurótica e psicótica. A problemática da depressão, reside mesmo na perda de uma boa relação com o objecto de amor (mãe ou substituto).

O modelo da distorção cognitiva de Beck (1967,1970,1974) e Kovacs (1978), defende que os distúrbios da motivação e dos afectos resultam de conceptualizações negativas, exagerando-as, o que dá origem a stress patológico que predispõe para a depressão.

Spitz, em 1979, define o conceito de depressão anaclítica na criança como consequência do luto precoce, devido à perda da figura maternal, com a qual existia uma boa relação.

### Crítérios de Diagnóstico

Spitz, em 1979, refere a existência de uma depressão anaclítica na criança, caracterizada por rigidez facial, em que a criança apresenta um olhar distante, inexpressivo, que reage amiúde com choro agressivo e gritos. Segundo P. Strecht (1997), a depressão infantil é feita de muitos fragmentos, os equivalentes depressivos, que podem se traduzir em perturbações como: perturbações funcionais: de sono e alimentação; esfínterianas; somáticas; perturbações da aprendizagem escolar; perturbações do comportamento.

De acordo com o D.S.M. IV existe a depressão major, em que o humor é basicamente depressivo, sendo considerada grave; o distúrbio ciclotímico que altera, durante um período de cerca de dois anos, episódios de humor deprimido com episódios hipomaniacos; o distúrbio distímico em que o humor se apresenta irritável ou deprimido com dois ou mais sintomas típicos: perdas de apetite; perdas de energia; auto-estima baixa; insónias, e por fim, a melancolia, onde surgem pelo menos cinco dos seguintes sintomas: acentuamento da depressão no período matinal; agitação ou inibição motora; antes do primeiro caso de depressão major, ausência de qualquer distúrbio de personalidade; apatia face a todas as actividades que causavam interesse e prazer anteriormente; ausência de reacção a estímulos usualmente agradáveis ; pelo menos duas horas antes da hora normal de acordar, o surgimento de insónias tardias; perda significativa de peso ou anorexia; recuperação quase ou mesmo completa de um ou mais episódios de depressão major; resposta positiva anterior a terapia anti-depressiva específica.

### Semiologia

Coimbra de Matos (2001), refere como “o mais lúcido enunciado da depressão” a carta de Freud a Abraham, em que afirma que a “depressão é a persistência do investimento inconsciente na representação do objecto”.

Em 1972, os autores Cytryn e Mcknew elaboraram o esquema seguinte: depressão mascarada, frequente em crianças associadas a uma psicopatologia familiar severa; depressão aguda, frequente em crianças bem adaptadas previamente e associadas a uma psicopatologia familiar leve; depressão crónica, frequente em crianças com um ajustamento pobre e mórbido, em que um dos pais (pelo menos) se encontra clinicamente deprimido.

Coimbra de Matos (2001), descreve a personalidade depressiva (ou depressividade) apresentando traços como: baixa auto-estima; culpabilidade; super-Eu severo; vulnerabilidade à perda; tendência à adinamia; idealização do passado, a economia é depressiva (a criança dá mais amor do que recebe) e através da identificação imago-imagética, induz a culpa atribuída pelo objecto. A depressão amorfa caracteriza-se pela queda libidinal, impossibilidade de maturação genital, dependência afectiva, ou rotura relacional restituída através da somatização e da comunicação operacional. A depressão narcísica ou de inferioridade vive de sentimentos de inferioridade, da ruína narcísica, com idealização do outro e desidealização do próprio, presente nas culturas de êxito. A depressão de culpabilidade ou masoquista

reflecte sentimentos de culpa, inflexão interna da agressividade, com desculpabilização e idealização do objecto, predominando a projecção das partes boas do Self e introjectando as partes malignas do objecto, presentes em culturas do pecado. Existe ainda a depressão psicótica, com perda total do objecto, buraco depressivo, sentimento de inutilidade do investimento afectivo porque o objecto é sentido como incapaz de se relacionar, por indiferença, rejeição ou agressividade.

### Etiologia

Para Abraham (1926), a génese da depressão de culpa está na relação ambivalente sádica que o principal fundador do Eu, o objecto primário, estabelece com o indivíduo.

Spitz, em 1947 (in Fitzgerald, H.E.; Lester, B.M. e Yogman, M.W., 1986) focou os seus estudos clássicos da depressão infantil, nos efeitos patológicos de um mothering inadequado em bebés internados.

Kashani et al (1981), referem a proposta de Mcconville e dos seus associados, sobre subtipos afectivos: grupo de crianças que expressa desamparo e tristeza; com ideias de autodestruição e excessivos sentimentos de culpa; com baixa auto-estima pois sentem-se usadas pelas pessoas, sem valor nem amor de ninguém; tendem a manifestar sintomas depressivos de desenvolvimento progressivo.

Para Coimbra de Matos (1986), a culpa resulta de três factores relacionais: a necessidade absoluta que a criança tem do seu objecto, ao mesmo tempo que o convívio com o mesmo, dado o seu potencial hostil e agressivo, se torna insuportável; os seus próprios impulsos agressivos para com o objecto; a sua própria atitude culpabilizante e projecção culposa do objecto face à introjecção no self do objecto malévolos e agressivos.

T. Ferreira (1993), refere que o núcleo depressivo da criança pressupõe uma correspondente decepção narcísica da mãe. São características constantes no Eu da criança em sofrimento depressivo, a esperança libidinal, assim como o desejo de um “encontro” objectal.

Segundo P. Strecht (1997), a criança que não é pensada, não poderá pensar, que não é amada, não poderá amar(-se), pois se não é investida pelos pais, dificilmente desejará conhecer e aprender, pois terá dificuldade em organizar-se e conhecer-se.

### A Depressão na Criança

A depressão não se manifesta do mesmo modo, de acordo com a idade da criança.

*Feto*: Eduardo Sá (2001), refere que os fetos podem deprimir, devido por exemplo, à ansiedade maternal na gravidez, pelo atraso no desenvolvimento fetal ou após o nascimento.

*Primeira Infância* (0 a 2 anos): Clerget (1999), afirma que a depressão nos bebés se apresenta com recusa em alimentar-se; atraso no crescimento, no desenvolvimento psicomotor, da linguagem; perturbação do sono e afecções somáticas.

*Idade pré-escolar* (2 a 6 anos): Kashani, et al. (1987) afirmam que a perturbação depressiva, se manifesta por distúrbios de humor e distúrbio vegetativo; Clerget (1999) afirma que nas crianças

pequenas, podem existir comportamentos regressivos a todos os níveis, nomeadamente a nível esfícteriano, motor e de linguagem.

*Idade Escolar* (6 a 12 anos): Entre os seis e os oito anos, o quadro depressivo caracteriza-se por tristeza prolongada, ansiedade de separação e sintomas psicossomáticos. As crianças com mais de oito anos, expressam os seus sentimentos depressivos através de baixa auto-estima, ideias auto-depreciatórias, sintomas psicossomáticos, baixa de energia, interesse e desespero, etc. Clerget (1999), refere que a depressão manifesta-se muitas vezes através das dificuldades escolares, ao nível da ansiedade, do desinteresse, das dificuldades da concentração intelectual e dos problemas de comportamento, para além dos problemas alimentares e de sono. Podem também surgir queixas psicossomáticas.

### A Depressão na Criança Privada do Meio Familiar

Robertson e Bowlby (1952) (in Kashani et al., 1987), relativamente a crianças hospitalizadas e institucionalizadas, encontraram conclusões idênticas às de Spitz (1946). Pedro Strecht (1997), afirma que as crianças institucionalizadas não são valorizadas ou confirmadas narcisicamente pelas figuras parentais com falhas a nível da auto-estima, podendo parecer tristes, inibidas, com dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento agidos e aditos, pré-delinquentes, com falhas de identidade sexual e risco de suicídio.

### Epidemiologia

Segundo o DSM-IV, a perturbação distímica nas crianças, parece ocorrer com a mesma incidência em ambos os sexos, e de uma forma geral, caracteriza-se por um défice no desempenho das interacções sociais e escolares. Weissman e Klerman (1977, in Rutter, 1991), referem que, de um modo geral, as meninas têm maior tendência para a depressão do que os meninos. Clerget (1999) refere que cerca de 2% das crianças sofrem de depressão grave, número esse que aumenta para 10% na adolescência. Teresa Ferreira (2002) afirma que perto de 40% das crianças em consulta de pedopsiquiatria apresentam diagnóstico estrutural de depressão. Strecht (2001) afirma que nalgumas estatísticas, o diagnóstico de depressão chega a estar representado em cerca de 50% das crianças e adolescentes observados.

### Prevenção

Em vez de prevenção, podia estar escrito amor. Brody (1997) refere que os pais são os melhores actores na prevenção da depressão infantil, dando-lhes o seu amor e carinho, bem como compreensão e amparo e transmissão de confiança.

### Tratamento

Há diversas psicoterapias utilizadas no tratamento dos distúrbios afectivos, havendo três métodos particularmente relevantes, nomeadamente o psicoanalítico, o cognitivo e o familiar.

Psicoterapia Psicanalítica: Clerget (1999), apresenta algumas diferenças relativamente à psicoterapia com adultos, nomeadamente, incluir na terapia com crianças conselhos educativos e explicações; o ritmo das sessões variável; recurso ao jogo e ao desenho; a atitude do psicoterapeuta, mais participativa. Ferreira (2002), sugere: uma psicoterapia semanal individual da criança, apoiada pelos pais, de modo a reparar-se narcisicamente, regressando a fases anteriores do desenvolvimento.

Psicoterapia cognitivo-comportamental Beck et al. (1978) (in McKinney, J.P. & Rabin, A. I., 1986), definem a sua terapia cognitiva como baseada no comportamento e determinada pela maneira como o paciente percebe o mundo. Clerget (1999), diz que a atenção é colocada na participação activa da criança, em que esta é convidada pela terapia a tentar dominar a depressão, como algo exterior à criança.

Psicoterapia Familiar No caso da depressão infantil, é altamente recomendado o envolvimento dos pais na terapia (Toolan, 1978, in McKinney, J.P. & Rabin, A. I., 1986). É indicada sobretudo o conjunto familiar parece envolvido na depressão infantil ou há outras crianças da família apresentarem sintomas depressivos.

### Hospitalização e Depressão

Spitz (1946) fala da possibilidade de ocorrência de hospitalismo. Davies, Butler e Golstein (1972) remetem para a possibilidade de psicopatologia a longo prazo, tal como Barros (1999) que admite a possibilidade de ocorrência de perturbação comportamental. Melamed (1988) refere atitudes negativas dos pais face aos comportamentos regressivos dos filhos, que se podem traduzir no “miscarried helping” (em que os pais permitem que sejam quebradas as regras impostas aos filhos) referidas por Anderson e Coyne (1993). Pelo contrário, Saile (1987) refere que após a hospitalização, as crianças podem apresentar maior vivacidade e energia, sendo mais activas e carinhosas.

Segundo estudos realizados por Belizário (1998), 11% das crianças hospitalizadas têm depressão e noutras 20% aparecem sintomas da perturbação. Neste estudo, refere-se que 25% das crianças internadas com problemas do foro neurológico e 33,33% de crianças internadas com problemas respiratórios, apresentam sintomas depressivos.

O nosso estudo, visa verificar se surgem comportamentos depressivos em crianças entre os zero e os doze anos de idade, internadas num hospital geral (neste caso o Hospital de Santa Maria), em dois grupos distintos, entre um a quatro meses de internamento e com mais de quatro meses de internamento. Espera-se que as crianças internadas há mais de quatro meses e com menos acompanhamento por parte dos pais, desenvolvam mais sintomas depressivos.

## **MÉTODO**

### Amostra

A amostra utilizada para este estudo é a população de crianças internadas entre um e quatro meses ou há mais de quatro meses, no Hospital de Santa Maria de Lisboa, em todas as unidades com internamento, com idades compreendidas entre os zero e os doze anos de idade. No hospital estavam

internadas 104 crianças, das quais três com internamentos entre um e quatro meses e quatro com internamentos superiores a quatro meses.

Das crianças do primeiro grupo havia um menino de cinco anos internado na Unidade de Doenças Infecto-Contagiosas, devido a uma pneumonia associada a VIH+; uma menina de três meses internada na Unidade Pluridisciplinar Assistencial, devido a sintomatologia não identificada e uma menina de 13 meses internada na Unidade de Pneumologia, devido a uma Fibrose Quística. Das crianças do segundo grupo havia um menino de 17 meses, internado na Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição, devido a uma malformação no aparelho digestivo; uma menina de 12 anos internada na Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição / Unidade de Pedopsiquiatria, devido a uma anorexia nervosa e um menino e uma menina, ambos de dois anos, internados na Unidade de Nefrologia devido a insuficiência renal.

### Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste trabalho foram entrevistas não estruturadas a pediatras, enfermeiras e educadoras e um questionário elaborado a partir do Children Depression Inventory (CDI) de Beck e Maria Kovacs, do Questionário de Stress de Vida realizado por Holmes e Rahe (in Kashani et al., 1981) e do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida de Crianças com Diabetes Tipo I. O nosso questionário, baseado nos questionários anteriormente referidos, é composto de 22 itens, que abrangem alimentação, sono, psicossomática, sociabilidade, sintomas de abatimento e as visitas dos pais e ainda de duas questões acerca da Unidade onde a criança está internada, bem como da sua idade e tempo de internamento.

### Procedimento

Foi feito um rasteio em todas as Unidades do Serviço de Pediatria para apurar em quais destas se encontravam crianças dos zero aos doze anos, com internamentos entre um e quatro meses (grupo 1) ou superiores a quatro meses (grupo 2); foi pedido aos profissionais supra referidos que respondessem a um questionário por cada criança. Após o questionário, foram realizadas entrevistas não dirigidas com o intuito de verificar condições não propriamente relacionadas com a depressão como, por exemplo, o motivo do internamento.

### Variáveis dependentes

A existência de sintomas depressivos em crianças com idades compreendidas entre os zero e os doze anos de idade, internadas no Hospital de Santa Maria em Lisboa, entre um e quatro ou com mais de quatro meses de internamento.

## **RESULTADOS**

### Motivos de internamento

Em todos os casos, através da entrevista realizada com os profissionais do HSM, apurou-se que, o motivo actual do internamento, prende-se com a precária condição sócio-económica da família das crianças, que não permitem que o tratamento prossiga em regime de Hospital de Dia, uma vez que neste momento a filosofia do HSM é manter as crianças internadas o mínimo de tempo possível e sempre que tal seja possível para os pais, que estes acompanhem os filhos.

### Tempo de Internamento

Nestas Unidades, o tempo de internamento foi dividido em dois grupos, um entre um e quatro meses e outro com internamento superior a quatro meses.

**Tabela 1:** Tempo de Internamento nas Unidades Com Casos de Internamento Prolongado

	<i>Entre 1 e 4 meses</i>	<i>Idade das crianças</i>	<i>Mais de 4 meses</i>	<i>Idade das crianças</i>
Pneumologia	Dois meses	13 Meses		
Unidade Pluridisciplinar Assistencial	Três meses	Três meses		
Infecto-Contagiosas	Dois meses	Cinco Anos		
Nefrologia			Dois anos	Dois anos
Nefrologia			Dois anos	Dois anos
Gastroenterologia/Hepatologia e Nutrição			Um ano	12 Anos
Gastroenterologia/Hepatologia e Nutrição			17 Meses	17 Meses

Leg. Este quadro explicita os tempos de internamento nas Unidades.

### Respostas Obtidas Através do Questionário

No nosso questionário foram estudados vários parâmetros que são referidos pelos diversos autores como indicadores no diagnóstico de depressão. Os resultados obtidos estão presentes na tabela seguinte, sendo a pontuação a média das respostas dos questionários, por grupo e por sexo, sendo 5 a mais desfavorável e 1 a mais favorável.

**Tabela 2:** Respostas Indicadoras de Sintomas Depressivos de Acordo com o Sexo

<i>Parâmetros estudados no questionário</i>	<i>“Entre um e quatro meses”</i>			<i>“Mais de quatro meses”</i>		
	<i>Meninas</i>	<i>Meninos</i>	<i>Média Total</i>	<i>Meninas</i>	<i>Meninos</i>	<i>Média Total</i>
<i>Alimentação</i>	2	2	2	4	3	3,5
<i>Sono</i>	2	1	1,5	2	2,5	2,25
<i>Psicossomática</i>	4,3	3	3,65	3,1	2,2	2,65
<i>Sociabilidade</i>	4,5	1,3	2,9	2,2	1,8	2

<i>Sintomas de Abatimento</i>	2,4	1,3	1,85	3,2	2	2,6
<i>Visitas dos Pais</i>	1	2	1,5	2,5	3,5	3
<i>Média Total</i>	2,7	1,55	2,23	2,83	2,5	2,67

Leg. Resultados obtidos no questionário.

Numa outra perspectiva, podemos avaliar os mesmos parâmetros por escalão etário (primeira infância, idade pré-escolar, idade escolar).

**Tabela 3:** A Amostra Por Grupo Etário

<i>Grupo Etário</i>	<i>Entre 1 e 4 meses</i>	<i>Mais de 4 meses</i>	<i>Total</i>
<i>1ª Infância</i>	2	3	5
<i>Idade Pré- Escolar</i>	1	0	1
<i>Idade Escolar</i>	0	1	1

Leg. Através deste quadro, podemos verificar quantas crianças existem em cada grupo etário

De seguida, temos os resultados através do questionário por idade.

**Tabela 4:** Resultados do Questionário por Grupo Etário

<i>Parâmetros estudados no questionário</i>	<i>“Entre um e quatro meses”</i>				<i>“Mais de quatro meses”</i>			
	<i>1ª Infância</i>	<i>Idade Pré-Escolar</i>	<i>Idade Escolar</i>	<i>Total</i>	<i>1ª Infância</i>	<i>Idade Pré-Escolar</i>	<i>Idade Escolar</i>	<i>Total</i>
<i>Alimentação</i>	2	2	/	2	5	/	3	4
<i>Sono</i>	2	1	/	1,5	2,67	/	1	1,84
<i>Psicossomática</i>	1,91	3	/	2,5	2,25	/	3,2	2,73
<i>Sociabilidade</i>	4,5	1,33	/	2,9	1,64	/	2,6	2,12
<i>Sintomas de Abatimento</i>	2,23	1,45	/	1,85	2,37	/	3,36	2,87
<i>Visitas dos Pais</i>	1	2	/	1,5	3,33	/	2	2,67
<i>Média Total</i>	2,27	1,8	/	2,04	2,87	/	2,52	2,71

Leg. Podemos verificar a distribuição das respostas do questionário por grupo etário

## DISCUSSÃO

De acordo com o resultados obtidos, podemos chegar à conclusão que as crianças com internamento prolongado no HSM, não desenvolveram sintomas de depressão, logo a hipótese deste estudo é infirmada. No entanto, e como afirma Barros (1998) muitas das consequências nefastas da hospitalização não são notadas durante o internamento, mas quando a criança regressa às suas actividades habituais, no período imediatamente a seguir. O tamanho da nossa amostra e os factores que levam ao prolongamento do internamento não permitem conclusões significativas sobre a

incidência do internamento prolongado ser maior num sexo do que no outro, apesar de neste momento estarem mais meninas internadas há mais de mês.

Quanto às respostas do questionário, temos que os valores obtidos pelo sexo feminino são sempre superiores aos obtidos pelo sexo masculino (apesar de nunca atingirem o valor médio – 3), o que vai ao encontro da teoria de Weissman e Klermen (1977, in Rutter, 1991), que afirmam que a incidência da depressão é superior nas meninas. Olhando em pormenor para os itens do questionário, verificamos que os resultados obtidos pelas meninas do grupo 1 são acima da média nos itens de “Psicossomática” e “Sociabilidade”. Tendo em conta que são quem tem maior número de visitas dos pais, podemos relacionar tal com a teoria de Spitz (1976), em que a separação custa mais a quem tem um mothering adequado. As meninas do grupo 2, que recebem menos visitas, têm valores ligeiramente acima da média nos itens referidos. Os “Sintomas de Abatimento” apresentam valores ligeiramente superiores a três nas meninas do segundo grupo.

As crianças mais visitadas pelos pais, são as que permanecem há menos tempo no hospital, sendo que as meninas têm nos dois grupos mais visitas do que os meninos. Relacionando com a teoria de Bowlby (1973), parece que há medida que aumenta o internamento, a vinculação vai diminuindo por parte dos pais, que vão visitando cada vez menos os seus filhos internados, o que os leva a que a pouco e pouco se vão desligando; aceita a presença, os cuidados, a alimentação e os brinquedos das enfermeiras, sendo provável que ao ver a mãe nesta fase a repudie, e chegue mesmo a chorar e a gritar.

Podemos constatar que as crianças que apresentam valores mais elevados são as crianças mais pequenas, que estão internadas há mais de quatro meses. Barros (1998) reconhece que as crianças mais pequenas têm mais dificuldade em lidar com a situação de hospitalização, pois apresentam menos capacidade para entenderem os procedimentos médicos e para perguntarem o que não compreendem. Os resultados nesta faixa etária do grupo 2 são particularmente elevados (valor máximo) no que concerne à “Alimentação”, que é referida por Clerget (1999) que afirma que a depressão nos bebés se apresenta muito ao nível somático com recusa do bebé em alimentar-se; no entanto, como já foi referido anteriormente, as crianças com internamentos superiores a quatro meses apresentam patologias relacionadas com esta recusa em se alimentarem.

Sendo as crianças que menos visitas recebem dos pais, apresentam elevados níveis de sociabilidade, que é estimulada pelas educadoras do HSM, que fazem um esforço por fazer com que as crianças brinquem umas com as outras, ao contrário do que acontece com os bebés do grupo 1, em que o item “Sociabilidade” apresenta valores bastante próximos do valor máximo, mas que nestas idades não faz parte dos sintomas de depressão preconizados por Clerget (1999), embora a pouca sociabilidade se possa dever a alheamento ou a um atraso na aquisição da linguagem, que foram referidos pela autora. Quanto às outras faixas etárias, apenas estão representadas num dos grupos, pelo que não serão estabelecidas comparações. As crianças em idade pré-escolar (grupo 1), apresentam valores baixos, com excepção de “Perturbações Psicossomáticas”, em que se situam no valor médio o que pode ser explicado de acordo com Cole e Kaslow (Alloy, L., 1988) que referem que como estas crianças não conseguem verbalizar os seus sentimentos interiores. Também os pediatras Assunção e Camargo (1998) referem nesta faixa etária a importância dos factores psicopatológicos.

Já as crianças em idade escolar (grupo 2), com excepção das “Perturbações de Sono” e das “Visitas dos Pais”, apresentam sempre valores superiores à mediana, que se podem explicar, nomeadamente a

“Psicossomática” e os “Sintomas de Abatimento”, que se podem explicar à luz das teorias de Clerget (1999), que refere que as queixas psicossomáticas. Assunção e Camargo referem como sintomatologia importante nesta fase os sintomas psicossomáticos, nomeadamente enurese, terrores nocturnos, manipulação genital e choro em paroxismo.

De acordo com os resultados supra citados, o nosso estudo vai ao encontro dos estudos dos autores (Eiser, 1985; Rudolph, Denning & Weisz, 1995; Schmidt, 1992; Saile & Schmidt, 1990; Smorti & Tani, 1990, in Schmidt, 1997) que referiram que o hospital pode ser um local compensatório e positivo, podendo proporcionar uma experiência social enriquecedora, com outras crianças e adultos; oferecer estimulação intelectual, principalmente para crianças com um baixo nível sócio-económico, como é o caso das crianças da nossa amostra.

## CONCLUSÃO

No início deste trabalho, propusémo-nos a verificar se existe depressão infantil nas crianças com internamento prolongado no H.S.M.. Tal facto não se verificou: a hipótese inicial é portanto infirmada. O porquê de tal acontecer deve-se, provavelmente à inadequação do questionário à situação estudada. Provavelmente, uma replicação deste estudo teria de ser feita com outro material auxiliar (por exemplo, um teste projectivo), que nos daria uma melhor noção do funcionamento interno das crianças internadas. Por outro lado, de acordo com a Dra. Luisa Barros (1999), os efeitos da hospitalização só se sentem após o regresso da crianças às suas actividades habituais.

Apesar do que foi referido anteriormente, pensamos que a postura do H.S.M., que preconiza a permanência das crianças em regime de internamento o mínimo de tempo possível, e o acompanhamento que é facultado às mesmas, também poderá influenciar os resultados obtidos. Citando o Dr. Pedro Strecht (1997): “A depressão infantil espelha-se nos olhos tristes da criança”. Se todas as pessoas olhassem com mais atenção para os olhos dos filhos, ou dos meninos com quem se cruzam na rua, talvez pudessem haver menos lágrimas na inocência...

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1927). A shot study of the development of the libido viewed in the light of mental disorders. In Selected Papers on Psychoanalysis. New York. Basic Books: 418-501.
- American Psychiatric Association: DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Ed. Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 16 (1), 11-28.
- Beck, A. T. & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: depression inventory. In Pichot (Ed.). *Psychological Measurement in Psychopharmacology: Modern Problems in Pharmapsychiatry*. Basel, Karger, 7: 151-169.
- Belizário, J. F. & Camargo, P. (1998). A Precoce dor das Crianças. Retirado em 4 de Março de 2000, da World Wide Web: <http://netserve.estaminas.com.br/sos7777/infantil.htm>.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Attachment and Loss*, vol.2. New York: Basic Books.
- Bringbring, E. (1953). The mechanism of depression. In I.P. Greenacre (eds.) *Affective disorders. Psychoanalytic contributions to their study*. New York: International Universities Press.
- Clerget, S. (1999). Não estejas triste meu filho: Compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida. Porto: Âmbar.
- Ferreira, T. (1993). A decepção e a esperança, a depressão na criança – eco de uma decepção na mãe. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 4. APPIA.
- Ferreira, T. (2002). Em defesa da criança – teoria e prática psicanalítica na infância. Lisboa: Assírio & Alvim: 263-333.
- Fitzgerald, Lester, Yogman (1986). *Theory and Research Behavioral Pediatrics (Vol.3)*. New York: Plenum Press.
- Kashani, J.H., Beck, N.C., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., Colleen, M., McAllister, J. A., Rosenberg, T. K. & Reid, J. C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*: 584-589.
- Kovacs, M., Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135: 525-533.
- Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Meneses, I., Meneses R., Ribeiro, J. L. P. (1998). Qualidade de Vida em Crianças com Diabetes Tipo I. *Análise Psicológica* (16) I, 91-100.
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: a survey of some pertinent contributions. *J Am Child Psychology*, 5: 653-685.

- Rutter, M., Izard, C. E. & Read, P. B. (1986). Depression in young children: Development and Clinical Perspectives. New York: Guilford Press.
- Sá, E. (2001). Psicologia do feto e do bebé. Lisboa: Fim de Século: 117-119.
- Schmidt, L.R. (1997). Hospitalization in children. In Baum, A. (Ed). Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: Cambridge University Press.
- Spitz, R. (1946). Analytic Depression. Psychoanalytic study of the child. 2:113-117.
- Spitz, R. (1979). O primeiro ano de vida. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Strecht, P. (1997). Crescer vazio. 2ª ed., Lisboa: Assírio & Alvim.
- Strecht, P. (2001). Interiores. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Vallejo, R. J. (1998). Psiquiatria de la infancia y la adolescencia. Introducción a la psicopatología y la psiquiatria. Barcelona: Masson. 883-886.