

# Factores de risco na infância: o despiste precoce e a acção educativa \*

HELENA ÁGUEDA MARUJO\*\*

O reconhecimento dos primeiros sinais de desajustamento e inadequação das crianças aos seus contextos familiar e escolar e a acção educativa consequente passam, cada vez mais, por um saber fundamentado do que podem ser os factores de risco na infância. Uma conceptualização das problemáticas psicológicas infantis em termos de factores de risco deve ter em conta, não só a natureza multi-facetada desses factores e das suas potenciais implicações futuras, mas igualmente envolver as formas mais eficazes de evitar o seu aparecimento, ou as acções a desenvolver quando surgem. Cabe ao psicólogo uma intervenção formativa exigente e cuidada junto da comunidade, e simultaneamente, uma mudança profunda na acção que vem desenvolvendo junto de crianças, pais e educadores. A depressão infantil é aqui apresentada como uma das áreas em que temos desenvolvido trabalhos que vão ao encontro desta perspectiva.

\* Este artigo desenvolveu-se a partir de uma comunicação apresentada na 2ª Convenção dos Psicólogos Portugueses, integrada no Simpósio da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva (A.P.T.C.C.), intitulado «Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais: do Consultório às intervenções grupais e comunitárias».

\*\* Assistente da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Membro da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva.

## 1. UM PASSE DE MAGIA

Para muitos, o psicólogo é ainda um mágico.

Atribuindo-lhe capacidades e poderes divinatórios, esperam que num olhar rápido e incisivo ponha a descoberto causas e remédios para os males da mente.

Ironicamente, o advento da psicologia como ciência e todos os consequentes avanços conceptuais e metodológicos, em particular no campo da investigação preventiva, vieram colocar novos desafios que a voltam a fazer aproximar dessa imagem acientífica: deve agora assumir para si a capacidade de antecipar e prever o futuro (Gelfand et al, 1986).

Temos vindo a assistir ao desenvolvimento e crescente premência de uma filosofia de acção psicológica que tente construir a saúde mental e evitar as disfunções, e não mais se limite a resolvê-las quando se manifestam. Para tanto contribuíram alguns factores, dos quais saliento:

a) a acumulação sistemática e integração de dados relativos às origens desenvolvimentistas das desordens psicopatológicas nos adultos (ainda que com resultados contraditórios);

b) o aumento crescente de diagnósticos de inadequações comportamentais e emocionais em crianças;

c) a incapacidade de dar respostas remediativas adequadas em qualidade e quantidade a tal aumento;

d) a comprovada ineficácia da maioria das metodologias clínicas, no que respeita à manutenção a longo prazo das mudanças operadas (Garber, 1984; Roberts e Peterson, 1984; Rutter, 1972; Rutter e Garmezy, 1983; Sroufe e Rutter, 1984).

Um sem número de estudos retrospectivos e prospectivos tem pretendido caracterizar as disfunções psicológicas mais prevalentes, na procura de elos de ligação que esclareçam, fundamentalmente, etiologias, factores de desadaptação e vulnerabilidades. Parece lógico e justificado começar do ponto zero da vida e ir avançando, desde esse momento da concepção, acompanhando evoluções, identificando e interpretando sinais. Assim, e sobretudo no campo da psicologia, a infância transforma-se na etapa de vida privilegiada para ser alvo de acções de prevenção primária. Para isso torna-se necessário identificar os mais precoces sinais de desadaptação que possam levar a eventuais patologias futuras, sem o que não se poderá actuar na prevenção da doença mental (Ledingham e Crombie, 1988).

Das inúmeras dificuldades teóricas e metodológicas implicadas nesta acção atestam interessantes investigações que visaram identificar factores desencadeadores de desajustamento e inadequação psicológica nas crianças e meio envolvente, reconhecer as consequências de tais factores ao longo da vida do sujeito vulnerável, e procurar formas de os neutralizar (Kornberg e Caplan, 1980; Lewis et al., 1988; Rickel e Lampi, 1984; Sameroff et al., 1982).

## 2. ANTES DE CASA ROUBADA...

Todos diariamente corremos riscos. Como adultos, responsáveis e informados, podemos, face a muitos desses riscos, fazer escolhas conscientes e assumidas, decidir estilos e estratégias de acção e de vida, evitar ou deliberadamente criar situações perigosas. Trata-se de conhecer causas e consequências, ter ou aprender capacidades para mudança e controlo, poder livremente optar.

### **Pensem agora nas crianças.**

Desde o início da sua vida que estão, igualmente, perante factores e situações de risco que, nalguns

casos podem em nada as afectar, mas noutros casos as podem levar a viver transitória ou permanentemente deficiências físicas, mentais, inadequações comportamentais ou sociais, ou as podem mesmo levar à morte.

Tal como Albino nos dizia em 84 (Albino, 1984), alguns factores de risco reconhecidos nos adultos aplicam-se igualmente às crianças, mas as implicações que têm na vida de uns e outros são marcadamente diferenciadas. Não podemos simplisticamente assumir que as estratégias de despiste e acção precoce que se têm demonstrado eficazes para a prevenção com adultos possam ser também as melhores para a acção com crianças. Muito pelo contrário, devemos reconhecer e atender a um conjunto de características que tornam drasticamente diferentes — julgo mesmo mais exigentes — as intervenções preventivas nas populações mais novas.

Podemos inventariar dois grandes tipos de razões, relacionadas com o objecto e métodos de investigação que, pelos obstáculos que possam levantar a este tipo de acções preventivas precoces, devem ser tidos em atenção:

1) Aquelas que se prendem com as características específicas da problemática infantil, e que aumentam as probabilidades de risco nesta fase da vida, nomeadamente:

a) as capacidades e necessidades bio-psico-sociais (por exemplo as capacidades cognitivas, socio-cognitivas e emocionais características de cada etapa de desenvolvimento, as possibilidades ou limites que impõem às crianças e à sua leitura do mundo, o grau de dependência em relação aos adultos que as rodeiam, etc.);

b) o nível de responsabilização, tomada de decisão e auto-controlo que podem assumir (por exemplo, a possibilidade de autonomamente decidir e concretizar estilos de vida mais saudáveis é manifestamente problemático nestas fases da vida);

c) a importância e peso dos contextos familiar e escolar, que em tanto determinam e influenciam os riscos que a criança pode correr (por exemplo, o envolvimento em situações de ausência de estimulação ou de pobreza marcantes);

d) as mudanças maturacionais, desenvolvimentistas e ambientais que ocorrem naturalmente ou podem acidentalmente ter lugar (por exemplo, os efeitos e implicações de um certo acontecimento

traumático na vida da criança — como a morte da mãe — serão profundamente diversificados, consoante o nível de desenvolvimento cognitivo e emocional em que a criança se encontre aquando da sua ocorrência);

2) Aquelas que se prendem com os aspectos metodológicos das investigações realizadas, e que limitam a própria compreensão dos efeitos de certas variáveis no ulterior desenvolvimento do sujeito. Aqui são de referir dois aspectos:

a) os problemas levantados pelos instrumentos de medida que permitem ao psicólogo fazer previsões quanto à futura psicopatologia (as medidas avaliativas utilizadas em diferentes etapas da vida da criança põem problemas de comparação entre si, dado que não medem os mesmos construtos, são insensíveis às mudanças terapêuticas ou são demasiado específicas, não facilitando a comparação entre vários domínios de vida da criança);

b) as próprias metodologias de investigação que, exigindo um acompanhamento da criança ou população em risco bastante prolongado no tempo, envolvem esforços e custos nem sempre fáceis de suportar (os estudos longitudinais são aqueles que, por excelência, melhor respondem às necessidades das investigações relativas a factores de risco, mas que são pouco comuns pelas dificuldades práticas que levantam. Quanto aos estudos retrospectivos, que têm também sido utilizados para análise desta temática, oferecem inúmeros erros de análise e incorrecções nas informações que transmitem).

Dediquemos uma atenção especial a alguns dos aspectos anteriormente focados, e que me parecem envolver os desafios maiores desta batalha de identificação precoce de riscos na infância:

— o primeiro aspecto relaciona-se com o contexto familiar, escolar ou — de forma mais lata — social que envolve a criança e às suas implicações, não só no aumento de probabilidade de risco — em que, como já vimos, lhes cabe um papel preponderante — como nas acções de despiste e combate à disfunção. O já referido grau de autonomia deficiente da criança, largamente dependente da sua maturidade cognitiva, social, emocional e comportamental, empresta aos adultos que a rodeiam um papel crucial na atenção que lhe devem prestar. Cabe-lhes avaliar e decidir se a criança está ou não em perigo, controlar as situações em que tal se verifique, determinando e prestando o apoio necessário, bem

como implementando estratégias preventivas que limitem o aparecimento dessas «situações perigosas». Assim, ao meio que diariamente envolve a criança, é dada a tremenda responsabilidade de ver, julgar e agir no bem estar do jovem ser, numa situação em que, simultaneamente e de forma aparentemente paradoxal, esse mesmo meio pode ser o desencadeador das oportunidades de risco que pretende controlar.

É ainda altamente significativo o facto do meio que rodeia a criança estar em permanente transformação e mudança, exigindo à criança constantes adaptações a situações e pessoas novas (colegas e professores que vão frequentemente mudando, irmãos que nascem, pais que se separam, o próprio corpo que se modifica), tornando a previsão muito mais difícil neste período, do que numa fase da vida física e psicologicamente mais estável, como é, em princípio, a vida adulta.

— o segundo aspecto prende-se com o processo contínuo e avassalador de mudanças que a maturação e desenvolvimento da criança pressupõem. É refrão já corrente que só tem sentido fazer uma leitura de factores e situações psicopatológicas, se ela for pautada por uma linha desenvolvimentista. Relembremos, por exemplo, (Rutter et al.,1983) que certas influências do meio sobre crianças que viveram situações de stress, estão dependentes da idade em que a criança vive essa situação de risco. Tal perspectiva é-nos confirmada exaustivamente por Paul Trad, que salienta quais os fundamentais são as implicações e interligações entre os processos de desenvolvimento e os factores de risco que desencadeiam a depressão na infância (Trad, 1987). Há necessidade de integrar os conhecimentos oriundos da psicologia do desenvolvimento (sobre períodos sensíveis ou vulneráveis e descontinuidades nesse desenvolvimento) nos dados que temos da psicopatologia, fazendo cruzar caminhos antes paralelos da normalidade e do desajustamento, e assim reflectindo sobre a problemática dos factores de risco esclarecidos pela recente Psicopatologia do Desenvolvimento (Ledingham e Crombie,1988). De referir, finalmente, que o conhecimento das mudanças e características típicas ou comuns a cada etapa de desenvolvimento indicará quais os alvos prioritários de intervenção, servindo de orientação normativa. Os desenvolvimentistas podem efectivamente contribuir para o esclarecimento das múltiplas dimensões das condições de risco (Kopp, 1983).

### 3. PISAR O RISCO

Apesar de todos os factores que podem limitar a capacidade predictiva e a identificação precisa de crianças em risco para desenvolverem psicopatologia, tem sido — felizmente — possível discernir e diferenciar variáveis que, a curto ou a longo prazo, venham a ter consequências negativas no desenvolvimento normal da criança.

Facilmente se depreende que o conceito de risco tem uma natureza multi-facetada e complexa. Com efeito, refere-se a inúmeras condições biológicas, psicológicas e/ou ambientais adversas, associadas com o aumento de probabilidade do aparecimento de problemas cognitivos, sociais, afectivo-emocionais, comportamentais e físicos (Kopp,1983; Kornberg e Caplan,1980; Kopp e Kaler,1989). Populações em risco serão grupos com vulnerabilidades e propensões particulares em que os processos de crescimento, desenvolvimento e adaptação, expostos que foram a certos factores ou situações presumivelmente patogénicas, podem vir a ser impedidos ou alterados no seu desenrolar normal. Estes riscos ou circunstâncias, comprometendo assim um desenvolvimento e vida equilibrados, devem ser alvo de detecção e controle precoces, dado que nalgumas condições os seus efeitos podem ser invertidos ou anulados e, portanto, neutralizados por situações ou factores que promovam a saúde mental (Ledingham e Crombie, 1988).

Assim sendo, a par do conhecimento de susceptibilidades individuais ou grupais que levem à deterioração do funcionamento psicológico, há que reconhecer e agir sobre os factores protectores que moderam ou compensam os efeitos dos factores de risco.

O significado da palavra risco, implica, portanto, «aumento de probabilidades», o que quer dizer que, felizmente, nem todas as crianças expostas a factores de risco desenvolverão desordem psicológica. No entanto, o que devemos extrair dos dados da investigação neste campo, é o facto de tais factores poderem vir a ser desencadeadores ou pontos de partida de situações de desadaptação mais ou menos duradouras ou violentas.

Tudo quanto sabemos neste momento é que é possível modificar resultados e consequências, através de acções do meio que mitiguem as influências negativas das situações de risco.

Inventariar os perigos mais comuns para certas

etapas da vida ou para certos contextos individuais ou sociais, e perceber as suas ligações com esta ou aquela problemática psicológica pretende cumprir o objectivo de alertar a comunidade em contacto com a criança, predispor-la, e prepará-la para reconhecer e identificar a presença destes perigos e, essencialmente, fazê-la agir. Despistar riscos deve assim desencadear um estado de urgência.

### 4. O RISCO É A MINHA PROFISSÃO

Acreditando que há conhecimentos rígidos e paralisantes, em contraste com outros que promovem o desenvolvimento (Viana, 1977), nomearei agora um conjunto de propostas gerais de acção, que se tornam necessárias para desenvolver estratégias de prevenção que dêem resposta a situações e crianças em alto risco.

Dado julgar que os psicólogos portugueses devam vir a ser um dos grupos profissionais a mais rapidamente «despertar» para esta temática, o tipo de trabalho que penso ser de privilegiar situa-se nas seguintes áreas:

1. A primeira grande linha de acção deve ancorar-se numa preocupação cada vez maior em realizar investigações e consequentes reflexões teóricas nesta área. São prioritários, estudos desenvolvimentistas e longitudinais que nos esclareçam progressivamente sobre a ligação entre factores precipitantes e suas futuras implicações na vida da criança ou do adulto; tais estudos poderão ir documentando e esclarecendo progressivamente o papel dos diferentes factores, bem como reconhecendo, caracterizando e avaliando metodologias para reduzir tais riscos e para lhes fazer face — adaptando-as a grupos, problemáticas e populações específicas, e muito particularmente ao sujeito individual, conhecimentos que de momento são ainda muito limitados.

2. Uma segunda linha de trabalho deverá dar resposta às duas fundamentais questões nesta área — a da identificação dos factores de risco e a do desenvolvimento de acções educacionais e de apoio para os reduzir e neutralizar (\*). Aqui o psicólogo deve actuar em vários campos, nomeadamente desenvol-

---

(\*) Necessariamente que os avanços nesta área estão dependentes dos conhecimentos adquiridos nas acções referidas em 1.

vendo acções de informação e formação (naturalmente de níveis diferentes de exigência) junto:

a) da comunidade científica (o conhecimento desta problemática é francamente limitado entre os profissionais de saúde mental);

b) dos pediatras (profissionais com maior capacidade de contacto com a população infantil e suas famílias, dado que são os primeiros a estabelecer relações profissionais com a criança, os primeiros a avaliá-la nos seus processos de maturação e desenvolvimento, e ainda os primeiros a ser procurados pela família em caso de preocupação. Essa relação, o tipo de trabalho que desenvolvem e a (des)informação de que são muitas vezes receptáculo na área do desenvolvimento psicológico e da psicopatologia infantil, torna-os, por excelência, no alvo mais importante de sensibilização e informação);

c) dos pais ou outros familiares responsáveis pela criança dado que, em princípio, acompanham a criança desde a sua concepção, a conhecem melhor do que ninguém, e porque também eles são agentes criadores (criativos) de situações de risco — quantas vezes «privilegiados» e «excelentes» nesse papel — e porque deverão ser alvo preponderante, tal como os educadores profissionais, das acções preventivas;

d) dos técnicos educativos, que nas escolas (berçários, creches, jardins de infância, amas em regime de creche familiar, escolas primárias e secundárias) têm contacto diário com as crianças e mais ou menos frequente com as suas famílias. Estes profissionais (a) pelo acompanhamento que fazem das crianças em situações de adaptação a novos meios físicos e sociais ou noutras situações de risco, (b) pela observação que realizam da criança em acções e actividades que põem à prova as suas capacidades nas várias áreas de desenvolvimento (cognitiva, motora, linguística, perceptiva, emocional, relacional com adultos e colegas, etc.), (c) porque se encontram muitas vezes bem conhecedores do meio sócio-económico-cultural daquela criança e família, (d) porque podem acompanhar de perto o funcionamento do sistema familiar em que a criança está inserida, (e) porque são eles mesmos, muitas vezes, os desencadeadores de situações de risco e (f) porque são os mediadores por excelência de acções de despiste e prevenção, devem merecer toda a atenção do psicólogo;

e) da comunidade em geral, que através dos media ou de acções junto de grupos com peso e voz sobre a comunidade (grupos religiosos, políticos,

etc.), possa ir tomando consciência das situações de alarme, das razões que tornam certa criança ou grupo vulnerável e do que se pode e deve fazer para prevenir o aparecimento e desenvolvimento de situações de risco. As acções comunitárias podem alargar imensamente o número de olhares atentos a cada criança, e assim a possibilidade de detecção de tais situações.

3. Só tem sentido formar e informar, se houver resposta a dar a estes pediatras, professores, pais ou população em geral, e se estruturas e programas de apoio puderem ser implementados. Tal implica, necessariamente, uma formação específica e aprofundada do psicólogo neste campo. Voltamos a ter aqui o psicólogo em papel destacado (ainda que muitas vezes limitado), pois a ele cabe o desenvolvimento e concretização de programas de apoio às crianças em risco. Tal não significa que deva tomar sobre si todo o trabalho e acção, mas sim que deva ser um elemento mobilizador de grupos profissionais e políticos que possam assumir e pôr em prática esses projectos.

Tais programas, essencialmente virados para o ensino de competências de confronto da situação, estratégias de resolução dos problemas, (a nível da acção individual ou grupal), treinos de expressão emocional e de auto-controlo, programas de estimulação e metodologias de modificação e controlo do meio, e estratégias para melhoramento da auto-estima, devem ser cuidadosamente estudados e adaptados às características da população ou criança alvo, e desenvolvidos no ambiente natural dos sujeitos em risco. De novo defendemos a presença do psicólogo no meio e a sua acção essencialmente comunitária, preventiva e portanto educacional como a forma de intervenção que nos parece mais eficaz e equilibrada quer para atingir as mudanças estruturais que precisamos, quer para levar ao reconhecimento urgente da importância que o psicólogo pode ter no melhoramento do bem estar das populações.

4. Finalmente, creio que a acção do psicólogo se deve orientar no sentido de exercer pressão sobre as estruturas políticas e sociais, procurando assumir-se como um agente activo de transformação, portador de propostas de mudança que podem trazer francas melhorias às políticas de saúde e educação.

No que respeita particularmente à promoção e desenvolvimento da saúde mental das crianças — e futuros adultos — e nomeadamente à implementação de estratégias interventivas precoces para despiste de

riscos e sua prevenção, estão já em prática noutros países programas altamente promissores que vão desde 1. a modificação dos sistemas e estruturas físicas e sociais que envolvem a criança (reduzindo perigos de acidentes, estimulando relações sociais equilibradas, melhorando o sucesso académico e/ou o auto-conceito, etc.) (Alger, 1984; Ledingham e Crombie, 1988; Pope et al., 1988), a 2. programas de intervenção debruçados sobre a interacção pais-criança, facilitadores dessa relação privilegiada, desde o momento da concepção (abarcando áreas como o «attachment», o abuso físico e sexual, a separação ou divórcio, as hospitalizações, a morte de um progenitor...) (Trad, 1987) ou 3. a criação de estruturas de triagem e despiste, que envolvendo equipas de valências múltiplas, potencializam os momentos e probabilidades de contacto com crianças em perigo de futura psicopatologia (Kornberg e Caplan, 1980); Lewis et al., 1988).

A identificação e a prevenção de riscos psicológicos na infância lançam inúmeros desafios e exigências, em que a acção integrada de meios profissionais, sociais e políticos não deve ser poupada a esforços. Sabemos que podemos evitar que uma criança venha a ser depressiva, delinvente ou violentada pela família. Não podemos, portanto, ficar serenos e inactivos.

## 5. DEPRESSÃO INFANTIL: OS SEGUROS MULTI-RISCOS

Apesar da sua impressionante multiplicação nos últimos anos, os estudos teóricos e empíricos da depressão na primeira e segunda infância têm mantido bem acesas as controvérsias relativas à conceptualização e classificação desta problemática (Carlson e Cantwell, 1983; Cicchetti e White, 1989; Gelfand et al., 1986). Já poucos parecem duvidar, no entanto, de que as crianças podem apresentar comportamentos de tipo depressivo, e ainda são menos os que duvidam de que é tão vasto o conjunto de variáveis que surgem associadas a esta perturbação, que só abordagens multi-factoriais a podem esclarecer (Trad, 1987).

Têm igualmente sido alvo de intenso debate dois aspectos que me parecem essenciais na reflexão e estudo sobre esta desordem (a) o da existência ou não de uma entidade psicopatológica única e bem diferenciada ao longo de todo o desenvolvimento, e portanto mais ou menos independente das caracte-

terísticas das várias etapas da vida (são inúmeros os actuais defensores da ideia de depressão nas crianças como entidade análoga à depressão encontrada nos adultos, mesmo atendendo à sua grande heterogeneidade e a algumas especificidades desenvolvimentistas «menores») (Kovacs e Paulauskas, 1984); (b) o da continuidade ou discontinuidade das manifestações depressivas ao longo do tempo, e portanto o da eventual persistência desta sintomatologia e consequentes implicações no seu prognóstico e prevenção (Gelfand et al., 1986).

A área de intervenção educacional com crianças e adolescentes do Ramo de Psicoterapia e Aconselhamento da Faculdade de Psicologia a que pertença, interessada que está em estudos desenvolvimentistas e preventivos no seio da comunidade, lança em 1988 uma investigação que se enquadra na filosofia de acção e reflexão defendida ao longo deste artigo. Assim, com uma amostra inicial de 1200 sujeitos entre os 8 e os 15 anos, de dois colégios da zona de Lisboa, iniciámos um estudo prospectivo e longitudinal — ainda em curso — que apresenta, entre outros, os seguintes objectivos:

1. Avaliar das eventuais mudanças no quadro clínico da depressão (a) quer no mesmo sujeito ao longo do tempo (b) quer na forma como tal quadro se caracteriza em cada nível etário (analisando possíveis diferenciações de um nível de desenvolvimento para outro). O atingir deste objectivo pretende dar resposta às dúvidas já formuladas e relativas à existência de uma entidade única e indiferenciada, bem como aquelas relativas à sua continuidade;

2. Estudar as características cognitivas, sócio-cognitivas, emocionais, de integração social, académicas e familiares de crianças em eventual risco de desordem afectiva — ou mesmo naquelas que já a manifestem — tentando esclarecer os processos e mecanismos que subjazem, quer ao desenvolvimento afectivo normal, quer, como no caso da depressão, a perturbação nesse desenvolvimento;

3. Analisar os acontecimentos de vida relacionados com as manifestações depressivas nestas idades; tais acontecimentos serão pressupostamente perturbadores e acentuadores do aparecimento de tais manifestações;

4. Planear, de acordo com os resultados obtidos nos pontos anteriores, programas preventivos que possam neutralizar as variáveis que claramente se demonstrem associadas ao risco de depressão nas crianças.

Esta investigação — que cremos envolver a sequência e totalidade de etapas necessárias para o adequado desenvolvimento de programas preventivos e de controlo de situações de risco — tem implicado acções avaliativas e de caracterização junto das crianças-alvo, dos seus colegas, dos seus pais e dos seus professores, numa perspectiva de multi-causalidade e responsabilização mútua de todos os intervenientes significativos na vida da criança. Da mesma forma, e de acordo com os resultados obtidos e analisados até este momento, a nossa intervenção educacional, a desenvolver num futuro próximo, irá abranger três grandes áreas da vida da criança, em que deficiências, falhas ou dificuldades de confronto parecem bastante relacionadas com o risco de depressão: (a) a área do sucesso académico (baixo desempenho académico parece correlacionar-se positivamente com esse risco) (b) a área do sucesso inter-pessoal (eficazes e equilibradas relações com adultos significativos e colegas parecem correlacionar-se negativamente com tal risco) (c) e a área do auto-conceito (baixo auto-conceito parece correlacionar-se positivamente com o risco de depressão).

As intervenções realizadas nas escolas parecem trazer em si potencialidades e dificuldades muito próprias na identificação precoce de crianças em risco e na prevenção de situações múltiplas causadores de perturbação. A nossa escolha por uma acção preventiva nestes moldes não nos faz esquecer que a criança está envolvida em vários sistemas que interagem e influenciam mutuamente todo o seu comportamento. O desenvolvimento deste programa tentará ser o mais possível abrangente, enquadrando a criança não só no seu contexto escolar, mas igualmente no seu contexto familiar e social mais lato.

O objectivo final de qualquer intervenção no âmbito da saúde mental tenderá a ser o do levar o sujeito ou grupo alvo da mudança a atingir um funcionamento global óptimo (Trad, 1987). No caso destas crianças e deste programa o objectivo fundamental é o de desenvolver nelas um sentimento de competência, bem-estar pessoal e elevado auto-conceito. Qualquer que seja a escolha metodológica efectuada pelo psicólogo para atingir o objectivo último da sua acção, as conceptualizações subjacentes ou a dimensão do estudo, nunca deve perder, no horizonte dos seus projectos, a individualidade e as características específicas de cada

sujeito. Só aí encontrará o verdadeiro significado de «risco» e os indicadores reais do caminho preventivo a seguir.

## BIBLIOGRAFIA

- ALBINO, J. E., Prevention by acquiring health-enhancing habits. In M. C. Roberts & L. Peterson (Eds.), *Prevention of problems of childhood*. N. Y.: John Wiley & Sons, 1984
- ALGER, H. A., Transitions: alternatives to manipulative management techniques. *Young Children*, 1984, September, 16-25
- CARLSON, G. A., Cantwell, D. P. (Eds.), *Affective disorders in childhood and adolescence: an update*. N. Y.: Spectrum Publishers, Inc, 1983
- CICCHETTI, D. & White, J., Emotional development and the affective disorders. In W. Damon, (Ed). *Child Development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1989
- FELNER, R. D., Jason, L., Moritsugu, J. & Farber, S. S. (Eds.), *Preventive psychology: theory, research and practice in community interventions*. N. Y.: Pergamon Press, 1983
- FELNER, R. D., Vulnerability in childhood. In M. C. Roberts & L. Peterson (Eds.), *Prevention of problems of childhood*. N. Y.: John Wiley & Sons, 1984
- GARBER, J. Classification of childhood psychopathology: a developmental perspective. *Child Development*, 1984, 55, 30-48
- GELFAND, D. M., Ficula, T. & Zarbatany, L., Prevention of childhood behavior disorders. In B. A. Edelstein & L. Michelson (Eds.), *Handbook of prevention*. N. Y.: Plenum Press, 1986
- KOPP, C. B., Risk factors in development. In M. M. Hait, J. J. Campos, (Eds.), *Infancy and developmental psychobiology*. N. Y.: John Wiley & Sons, 1983
- KOPP, C. B. & Kaler, S. R. Risk in infancy, origins and implications. *American Psychologist*, Feb. 1989, 224-230
- KORNBERG, M. S. & Caplan, G., Risk factors and preventive intervention in child psychopathology: a review. *Journal of Prevention*, 1980, 1 (2), 71-133
- KOVACS, M. & Paulauskas, S. L. Developmental stage and the expression of depressive disorders in children: an empirical analysis. *New Directions for Child Development*, 26, 59-80, 1984
- LEDINGHAM, J. & Crombie, G., Promoting the mental health of children and youth: a critical review of recent literature. *Canada's Mental Health*, 1988, 36 (1), 9-17
- LEWIS, R. J., Dlugokinski, E. L., Caputo, L. M. & Griffin, R. B., Children at risk for emotional disorders: risk

- and resource dimensions. *Clinical Psychology Review*, 1988, 8, 417-440
- POPE, A., McHale, S. M. & Craighead, W. E., Self-esteem enhancement with children and adolescents. *Psychology Practitioner Guidebooks*, N. Y.: Pergamon Press, 1988
- RICKEL, A. V. & Lampi, L. A., Prevention of childhood dysfunction. In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol.7). N. Y.: Plenum Press, 1984
- ROBERTS, M. C. & Peterson, L. (Eds.), *Prevention of problems in childhood — psychological research and applications*. N. Y.: John Wiley & Sons, 1984
- RUTTER, M. L., Relationships between child and adult psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1972, 48, 3-21
- RUTTER, M., Garmezy, N., Developmental psychopathology. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child psychology* (Vol. 4), 4th edition. N. Y.: John Wiley & Sons, 1983
- SAMEROFF, A. J., Seifer, R. & Zax, M., Early development of children at risk for emotional disorder. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 1982, 47 (7, Serial N° 199)
- SROUFE, L. A. & Rutter, M., The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 1984, 55, 17- 29
- TRAD, P. V., *Infant and childhood depression*. N. Y.: John Wiley & Sons, 1987
- VIANA, W., *Prevenção dos desajustamentos na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Imago Editora, Lda., 1977

#### ABSTRACT

*To detect the first signs of disturbance in children's adaptation to their familiar and academic environments, and to make subsequent therapeutic or educational interventions, we must have a very deep understanding of common risk factors in children's life. To conceptualize the psychological problems in these ages in terms of risk factors we must take into account not only the complexity and multi-variated nature of these factors and their future consequences but also the most effective ways of preventing their development. We also must trace the optimal ways of confronting existing situations, individuals or groups considered to be at risk. Portuguese psychologists have a very important and difficult task aimed to develop community-based studies and interventions intended to inform and teach those involved with at-risk children. Here we present a program that we are developing with children's in risk for developing depression.*