UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

FERNANDA AGUIAR PIZETA

**Depressão materna, estressores e resiliência: preditores do
comportamento de escolares**

RIBEIRÃO PRETO-SP

2014

FERNANDA AGUIAR PIZETA

**Depressão materna, estressores e resiliência: preditores do
comportamento de escolares**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Regina Loureiro

RIBEIRÃO PRETO-SP

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Pizeta, Fernanda Aguiar.

Depressão materna, estressores e resiliência: preditores do comportamento de escolares / Fernanda Aguiar Pizeta; orientadora Sonia Regina Loureiro. - Ribeirão Preto-SP, 2014.

192 f. : il.

Tese (Doutorado)--Universidade de São Paulo, 2014.

1. Depressão. 2. Criança. 3. Comportamento. 4. Estresse (psicologia). 5. Resiliência psicológica.

Nome: PIZETA, Fernanda Aguiar

Título: Depressão materna, estressores e resiliência: preditores do comportamento de escolares

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

***Dedico** este trabalho às famílias que fizeram parte deste caminhar... especialmente, à minha família de origem, **mãe, pai e irmã**, pelo acolhimento, apoio incondicional e exemplo de vida, e à minha família constituída, **Mateus**, pelo amor, compreensão e incentivo, **e Maria Clara**, luz que nasceu para engrandecer a minha alma e dar novo sentido à minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À **Prof.^a Dr.^a Sonia Regina Loureiro**, orientadora desta tese e de um caminho permeado pelo acolhimento, disponibilidade, consistência e riqueza de conhecimentos, condições de suporte pessoal e acadêmico efetivo para este estudo e para a vida. Agradeço pela oportunidade de construir esse caminho ao lado de quem confiou em meus recursos internos e, com brilhantismo, ensinou-me a trilhá-lo.

Às professoras do meu Exame de Qualificação, **Prof.^a Dr.^a Maria Beatriz Linhares**, assessora de meu projeto de Doutorado, **Prof.^a Dr.^a Sônia Regina Pasian** e **Prof.^a Dr.^a Evelyn Boruchovitch**, pelas contribuições que enriqueceram a mim e a este trabalho, oferecendo-me novas oportunidades de elaboração e crescimento.

Às Psicólogas auxiliares desta pesquisa, **Lívia Loosli** e **Ana Paula Casagrande Silva**, que de maneira primorosa contribuíram sobremaneira para a realização deste trabalho e para reflexões sobre a temática aqui tratada.

Aos Psicólogos do grupo de pesquisa *Depressão Materna e Saúde Mental de Escolares: Estressores e Suporte Social*, **Ana, Thaysa, Maria Isabela, Mariana, Camila, Isabela, Mirian, Bárbara, Gabriel e Náthaly**, pelo pronto auxílio, pelas contribuições e pelo caminhar conjunto.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, em especial à **Ivana Geraldo Cintra Faria**, e aos funcionários da Secretaria do prédio da Saúde Mental, pela pronta disponibilidade, dedicação e eficiência.

A todos os **professores** das disciplinas do Doutorado que se dedicaram ao compartilhar de seus conhecimentos e muito contribuíram para o meu crescimento.

À **Secretaria Municipal de Saúde**, por valorizar o potencial deste estudo e favorecer sua realização.

Às **equipes e todos os integrantes do Ambulatório Regional de Saúde Mental, do Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP e da Unidade de Saúde da Família “Eugênio Mendes Lopes”**, pela disponibilidade e suporte, essenciais para a realização deste trabalho.

Às **mães e crianças** que confiaram e aceitaram participar deste estudo, disponibilizando seu tempo e suas histórias, favorecendo rico aprendizado acadêmico e pessoal.

Aos colegas Psicólogos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, **Luciene, Reginaldo, Marisley e Fernanda Mariano**, pelo acolhimento, suporte efetivo, compartilhar de histórias, de conhecimentos, de expectativas e sonhos.

Às colegas Assistente Sociais do Tribunal de Justiça, **Cláudia, Jocely, Ana Maria, Tânia, Thábata, Vanessa, Denise e Sheila**, pelos ensinamentos e por acreditarem na interdisciplinariedade enquanto rica condição de trabalho.

Aos **colegas funcionários e Juízes dos Fóruns das Comarcas de Batatais, Brodowski e Altinópolis**, que enriqueceram meu caminhar no cotidiano de trabalho e contribuíram sobremaneira para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos colegas da rede de atendimento à criança e ao adolescente, **atores sociais do Sistema de Garantia de Direitos de Batatais**, membros do Poder Legislativo e Executivo - Secretarias Municipais de Assistência Social, Educação, Saúde, Esporte -, das entidades e dos conselhos locais, pela relevância dos momentos de troca de experiência e de aprendizado.

À Psicóloga **Cristiana Gallo**, que de forma ética, firme e sensível favoreceu momentos valiosos de reflexão pessoal.

Aos **colegas do Setor Técnico do Fórum de Ribeirão Preto**, que passaram a fazer parte, mais recentemente, de minha vida pessoal e profissional, consolidando em mim a crença em perspectivas sempre positivas.

Aos meus avós, **Leonor e José**, e à minha **tia Dalva**, pelo inestimado carinho.

À minha irmã **Paula**, pelo exemplo de ética, seriedade e alegria, que engrandecem e dão colorido à nossa família.

Ao meu querido companheiro **Mateus**, pelo carinho e pela paciência com os distanciamentos necessários para a elaboração e conclusão deste trabalho, os quais, contudo não nos privaram da reciprocidade do afeto.

À minha pequena **Maria Clara**, por fazer de sua existência a chance para meu crescimento e de sua vivacidade a renovação de minha esperança na vida e no humano do ser.

E aos meus pais, **Célia e Felício**, pelo exemplo valioso de dedicação, confiança e força, especialmente nos momentos difíceis, pelo consistente e diário suporte e pela sabedoria e amor com que perpassam os cuidados que despendem.

“O Caminho, com letra maiúscula, hoje me agarro ferozmente à procura de um modo de andar, de um passo certo. Mas o atalho com sombras refrescantes e reflexo de luz entre as árvores, o atalho onde eu seja finalmente eu, isso não encontrei. Mas sei de uma coisa: meu caminho não sou eu, é o outro, é os outros. Quando eu puder sentir plenamente o outro, estarei salva e pensarei: eis o meu porto de chegada.”

Clarice Lispector

RESUMO

PIZETA, F. A. **Depressão materna, estressores e resiliência: preditores do comportamento de escolares.** 2014. 192 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Estudos que avaliam condições de risco para o desenvolvimento infantil têm incluído a depressão materna no conjunto de variáveis preditoras de desfechos negativos por parte das crianças. A compreensão sobre o impacto das condições de risco, sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, coloca em foco a relevância das condições de proteção como elementos que concorrem para os desfechos. Verifica-se, na literatura, que poucos estudos sobre o impacto da depressão materna para as crianças abordam condições de risco e proteção, definidas *a priori*. O presente estudo se insere nessa lacuna. Objetivou-se identificar as associações entre condições contextuais adversas e protetivas para crianças em idade escolar que conviviam com mães com depressão recorrente, focalizando os eventos estressores e os processos de resiliência familiar e o efeito preditivo de tais variáveis para o desfecho comportamento das crianças. Foram avaliadas 100 díades mães-crianças, sendo 50 díades *casos*, cujas mães apresentavam diagnóstico de transtorno depressivo recorrente, com episódios moderados ou graves, e 50 díades *não casos*, cujas mães não apresentavam transtornos psiquiátricos, e as crianças, ambos os sexos, com idade entre sete e 12 anos, e nível intelectual pelo menos médio. Procedeu-se à avaliação com as mães por meio de questionários, entrevistas e escalas relativos aos indicadores sociodemográficos, à confirmação diagnóstica de transtorno depressivo e outros transtornos psiquiátricos, aos recursos do ambiente familiar, aos eventos adversos atuais e crônicos, aos indicadores de resiliência familiar e ao comportamento da criança. Com as crianças, procedeu-se à avaliação do nível intelectual e do desempenho escolar, por meio de instrumentos específicos. Os instrumentos foram aplicados em sessões individuais, face a face, segundo as recomendações técnicas, e as entrevistas foram transcritas, codificadas e submetidas a acordo entre avaliadores. Os dados relativos aos eventos estressores e aos processos de resiliência familiar foram agrupados a partir de categorias e subcategorias, mediante análise de conteúdo das falas das mães, às quais foram atribuídos critérios numéricos para fins de análise estatística. Para a análise dos dados, foi verificada a normalidade das distribuições das variáveis, o que guiou a escolha dos testes, utilizando-se: Teste *t* de Student, Teste Exato de Fisher, Correlação de Pearson, Análise de Regressão Logística Multivariada e Estimativa de Máxima Verossimilhança, adotando-se o nível de significância $p \leq 0,05$. Verificou-se, com significância estatística, que as crianças que conviviam com a depressão materna e as crianças com dificuldade de comportamento apresentaram semelhanças quanto a variáveis do contexto familiar, observando-se associações dos problemas a mais eventos estressores, menos recursos do ambiente familiar e menores escores de processos de resiliência familiar. Ao se avaliar o efeito preditivo da depressão materna, dos eventos estressores cumulativamente, e dos processos de resiliência familiar para o desfecho comportamento de crianças em idade escolar, identificou-se impacto de tais variáveis na análise univariada, sendo os primeiros identificados como condições de risco para as crianças e os processos como protetores. Nos modelos multivariados de predição, a depressão materna e os estressores deixaram de ter valor significativo, evidenciando-se que o melhor preditor para o desfecho comportamento foi a variável relativa a menos processos positivos de resiliência familiar. Tais dados têm implicações para as práticas em saúde mental materno e infantil, nos diversos níveis de atenção em saúde e também para as políticas de garantia de direitos da criança, com a valorização de estratégias de intervenção que favoreçam o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento das adversidades.

Palavras-chave: depressão, criança, comportamento, estresse (psicologia), resiliência psicológica.

ABSTRACT

PIZETA, F. A. **Maternal depression, stressors and resilience: predictors to school-age behavior.** 2014. 192 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Studies assessing risk conditions for child development have included maternal depression in the set of predictors of children negative outcomes. Understanding the impact of risk conditions, from the perspective of developmental psychopathology brings into focus the importance of the protection conditions as elements that contribute to the outcomes. There is, in the literature, few studies on the impact of maternal depression on children that discuss risk and protection conditions, defined *a priori*. This study fits into that gap. This study aimed to identify associations between adverse and protective contextual conditions for school-age children who lived with mothers with recurrent depression, focusing on the stressful events and processes of family resilience and the predictive effect of such variables to the outcome children behavior. Hundred dyads mothers-children were evaluated, of which 50 dyads *cases* whose mothers had a diagnosis of recurrent depressive disorder with moderate or severe episodes, and 50 dyads *no cases* whose mothers had no psychiatric disorders, and children, both sexes, with aged seven to 12 years, and at least average intellectual level. Proceeded to evaluation with mothers through questionnaires, interviews and scales relative to sociodemographic indicators, to confirm the diagnosis of depressive disorder and other psychiatric disorders, the resources of the family environment, current and chronic adverse events, indicators of family resilience and the child's behavior. With children, proceeded to evaluation of the intellectual level and school performance through specific instruments. The instruments were applied in individual sessions, face to face, following the technical recommendations, and interviews were transcribed, coded and submitted for agreement of evaluators. The data relating to stressful events and processes of family resilience were grouped based on the categories and subcategories, through content analysis of mothers' reports, which were assigned on numerical criteria for the purpose of statistical analysis. For data analysis, verified the normality of distribution of variables, which guided the choice of tests, using: Student's *t* Test, Fisher's Exact Test, Pearson Correlation, Multivariate Logistic Regression Analysis and Estimation of Maximum Likelihood, adopting a significance level $p \leq 0.05$. It was found, with statistical significance, that children who lived with maternal depression and those with behavioral difficulties exhibited similarities in the family context variables, observing associations of the problems with more stressful events, fewer resources of the family environment and lower scores of processes family resilience. When evaluating the predictive effect of maternal depression, stressors cumulatively and processes of family resilience to the outcome behavior of school-age children, it was identified negative impact of such variables in the univariate analysis, the first variables were identified as risk conditions for children and processes as protectors. In multivariate prediction models, maternal depression and stressors no longer have significant value, evidencing that the best predictor for the outcome behavior was the variable related to less positive processes of family resilience. These data have implications for practices in maternal and child mental health at various levels of health care and also to the policies of child rights guarantee, with the valuation of intervention strategies that foster the development of coping skills of adversity.

Key-words: depression, child, behavior, stress (psychology), psychological resilience.

LISTAS DE QUADROS E FIGURAS

Lista de Quadros

QUADRO 1	Conteúdo do Roteiro de Entrevista, organizado em função das categorias definidas para o tema Sistema de Crenças.	74
QUADRO 2	Conteúdo do Roteiro de Entrevista, organizado em função das categorias definidas para o tema Padrões Organizacionais.	75
QUADRO 3	Conteúdo do Roteiro de Entrevista, organizado em função das categorias definidas para o tema Processos de Comunicação.	76
QUADRO 4	Composição do conjunto de temas e categorias relativas aos eventos estressores.	80

Lista de Figuras

FIGURA 1	Percurso amostral das díades <i>casos</i> .	65
FIGURA 2	Percurso amostral das díades <i>não casos</i> .	66

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Perfil sociodemográfico e comparações entre variáveis relativas a características das crianças, mães e famílias para as díades <i>casos</i> (n=50) e <i>não casos</i> (n=50).	88
TABELA 2	Caracterização do ambiente familiar relativo aos estressores, recursos e processos de resiliência familiar e suas comparações para as díades <i>casos</i> (n=50) e as <i>não casos</i> (n=50).	91
TABELA 3	Caracterização e comparação do perfil comportamental das crianças <i>casos</i> e <i>não casos</i> quanto aos escores das subescalas e total de dificuldades no SDQ (n=100).	92
TABELA 4	Caracterização e comparação do perfil comportamental das crianças <i>casos</i> e <i>não casos</i> quanto à ausência ou presença de dificuldades (Sem dificuldades e Com dificuldades, respectivamente) nas subescalas e no total de problemas do SDQ (n=100).	93
TABELA 5	Análise de regressão logística bivariada entre variáveis sociodemográficas (escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar) e o desfecho comportamento (Sem dificuldades e Com dificuldades), relativo ao escore total obtido pelas crianças das díades <i>casos</i> no SDQ (n=50).	94
TABELA 6	Análise de regressão logística bivariada entre variáveis sociodemográficas (escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar) e o desfecho comportamento (Sem dificuldades e Com dificuldades), relativo ao escore da subescala sintomas Emocionais obtido no SDQ pelas crianças das díades <i>casos</i> no SDQ (n=50).	95
TABELA 7	Análise de regressão logística bivariada entre variáveis sociodemográficas (escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar) e o desfecho comportamento (Sem dificuldades e Com dificuldades), relativo ao escore da subescala relacionamento com colegas, obtido no SDQ pelas crianças das díades <i>casos</i> (n=50).	96
TABELA 8	Perfil clínico das mães <i>casos</i> (n=50) relativo a características da depressão (gravidade e recorrência), ao uso de medicação antidepressiva, à percepção materna da condição atual e ao período de exposição inicial da criança a tal transtorno.	98
TABELA 9	Associações entre variáveis sociodemográficas e o desfecho comportamento das crianças (Com dificuldades e Sem dificuldades), obtido pelo escore total de dificuldades no SDQ (n=100).	100

TABELA 10	Associações entre variáveis do ambiente familiar, relativas aos estressores, recursos e processos de resiliência familiar, e o desfecho comportamento das crianças (Sem dificuldades e Com dificuldades), obtido pelo escore total de dificuldades no SDQ (n=100).	102
TABELA 11	Correlações entre variáveis de recurso do ambiente familiar, relativas ao escore total do RAF, sistema de crenças, padrões organizacionais e processos de comunicação (n=100).	103
TABELA 12	Análise de regressão logística multivariada entre variáveis dicotômicas do ambiente familiar (depressão materna, total de estressores e total de processos de resiliência familiar) e o desfecho comportamento das crianças (Com dificuldades e Sem dificuldades), obtido pelo escore total de dificuldades no SDQ (n=100).	105
TABELA 13	Análise de regressão logística múltipla contínuo pelo método da máxima verossimilhança para as variáveis contínuas do ambiente familiar (total de estressores codificados e total de processos de resiliência familiar) e o desfecho comportamento das crianças (Com dificuldades e Sem dificuldades), obtido pelo escore total de dificuldades no SDQ (n=100).	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI	Inventário de Depressão de Beck
CBCL	Child behavior checklist
CDI	Inventário de Depressão Infantil
CESD	Center for Epidemiologic Studies Scale
CID – 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª edição
DAWBA	Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents
DP	Desvio Padrão
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAC	Escala de Adversidade Crônica
EEA	Escala de Eventos Adversos
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
K-SADS-E	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiological – Edition
K-SADS-PL	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version
OMS	Organização Mundial de Saúde

O.R.	<i>Odds Ratio</i>
PHQ	Questionário sobre a Saúde do Paciente
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
RAF	Inventário de Recursos do Ambiente Familiar
RP	Ribeirão Preto
SADS	Social Avoidance and Distress Scale
SADS-LA	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Lifetime version
SCID	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV
SCID-PN	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Edição para Não Pacientes
SDQ	Questionário de Capacidades e Dificuldades
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDE	Teste de Desempenho Escolar

LISTAS DE ANEXOS E APÊNDICES

Lista de Apêndices

APÊNDICE A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mães <i>Casos</i>	163
APÊNDICE B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mães <i>Não Casos</i>	164
APÊNDICE C	Questionário Geral	165
APÊNDICE D	Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado	167
APÊNDICE E	Quadro de Codificação das Variáveis Contextuais Relativas aos Eventos Estressores	169
APÊNDICE F	Protocolo de Codificação para Categorias e Subcategorias Relativas aos Processos Chave de Resiliência Familiar	171

Lista de Anexos

ANEXO 1	Ofício de aprovação do projeto – Processo HCRP nº 6395/2011	175
ANEXO 2	Questionário sobre a Saúde do Paciente-9	176
ANEXO 3	Questionário de Capacidades e Dificuldades	177
ANEXO 4	Escala de Eventos Adversos	178
ANEXO 5	Escala de Adversidades Crônicas	179
ANEXO 6	Inventário de Recursos do Ambiente Familiar	180

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 A psicopatologia do desenvolvimento: conceitos básicos	19
1.2 O ambiente familiar: condições adversas e de proteção, favorecedoras dos problemas e da resiliência	24
1.3 Depressão materna: aspectos clínicos e o impacto para o desenvolvimento infantil...	33
1.4 Depressão materna, variáveis contextuais e o impacto para as crianças: estudos preditivos	43
 2 OBJETIVOS.....	 57
2.1 Objetivo geral	58
2.2 Objetivos específicos	58
 3 MÉTODO	 59
3.1 Delineamento	60
3.2 Aspectos Éticos	60
3.3 Participantes	61
<i>Caracterização da situação do estudo .....</i>	<i>62</i>
<i>Composição da amostra – Critérios de inclusão e exclusão .....</i>	<i>63</i>
<i>Percurso amostral.....</i>	<i>64</i>
3.4 Instrumentos	66
<i>Instrumentos – para a seleção dos participantes e alocação como casos e não casos ...</i>	<i>66</i>
<i>Instrumentos – para o estudo propriamente dito .....</i>	<i>68</i>
3.5 Materiais.....	77
3.6 Procedimentos.....	77
<i>Coleta de dados .....</i>	<i>77</i>
<i>Tratamento dos dados - codificação e categorização .....</i>	<i>78</i>
<i>Tratamento estatístico dos dados .....</i>	<i>83</i>
 4 RESULTADOS	 86
4.1 Perfis das díades <i>casos e não casos</i>	87
<i>Perfil sociodemográfico .....</i>	<i>87</i>

<i>Caracterização do ambiente familiar – estressores, recursos e processos de resiliência familiar .....</i>	<i>90</i>
<i>Perfil comportamental das crianças .....</i>	<i>91</i>
<i>Perfil clínico das mães casos .....</i>	<i>97</i>
4.2 Associações entre variáveis sociodemográficas e do ambiente familiar e os desfechos das crianças	99
<i>Variáveis sociodemográficas e o desfecho comportamento .....</i>	<i>99</i>
<i>Depressão materna e comportamento das crianças.....</i>	<i>101</i>
<i>Variáveis do ambiente familiar e comportamento das crianças.....</i>	<i>101</i>
4.3 Modelos de predição para o desfecho comportamento das crianças.....	104
<i>Modelo de regressão logística multivariada – dados dicotômicos .....</i>	<i>104</i>
<i>Modelo de regressão logística múltipla – dados contínuos .....</i>	<i>106</i>
5 DISCUSSÃO.....	108
5.1 Depressão materna e contexto familiar – características sociodemográficas e variáveis relativas aos estressores, recursos e processos de resiliência familiar	109
5.2 O comportamento de escolares – caracterização e associações com variáveis relativas às crianças, mães e famílias	120
5.3 Depressão materna, estressores e processos de resiliência - modelos preditivos para o desfecho comportamento de escolares.....	130
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS.....	145
APÊNDICES E ANEXOS.....	162
ARTIGO PUBLICADO	183

1 Introdução

1.1 A psicopatologia do desenvolvimento: conceitos básicos

A perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento centra seu interesse na compreensão das múltiplas condições que concorrem para os desfechos, favorecendo a competência e/ou a disfunção ao longo do ciclo vital, com destaque para os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que podem se configurar como influência para desfechos desenvolvimentais desadaptativos ou resilientes frente a eventos de vida estressores (TOTH; CICCHETTI, 2010). De um modo geral, pode-se considerar como desfecho as variáveis dependentes, com efeito presumível, que expressam a competência e a disfunção em tarefas típicas de desenvolvimento, ou seja, variáveis que refletem adaptação ou dificuldade desenvolvimental, avaliadas por medidas diversas.

A competência e a disfunção são terminologias definidas como sucesso e fracasso, respectivamente, nas tarefas de desenvolvimento de acordo com a idade, gênero e expectativas sociais (YUNES; SZYMANSKI, 2001). Sob tal perspectiva, estudos que abordam o sucesso e o fracasso vêm sendo cada vez mais difundidos no meio científico, por darem visibilidade na identificação de variáveis que podem instrumentar as proposições de políticas públicas relativas à saúde mental infantil (MASTEN; GEWIRTZ, 2006).

A ênfase de tal proposição se dá na potencial contribuição dos modelos probabilísticos para o estudo das condições de adversidade e de proteção no enfrentamento das dificuldades ao longo do ciclo vital (TOTH; CICCHETTI, 2010). Nesse sentido, a psicopatologia do desenvolvimento abrange um conjunto de conceitos e terminologias, tais como resiliência, proteção, estresse, adversidade, risco e vulnerabilidade, utilizados isolada ou conjuntamente nas pesquisas sob tal enfoque.

Estudos de revisão sobre tais conceitos, ao longo das últimas décadas, evidenciaram que esses vinham sendo delineados a partir principalmente de dois pontos norteadores distintos, cada qual focalizando prioritariamente ou o indivíduo ou o ambiente, na avaliação das variáveis preditoras dos desfechos infantis (YUNES, 2003). Nesse cenário, variáveis diversas relativas ao desenvolvimento infantil vêm sendo tomadas como desfecho, sendo avaliadas a partir da predição do efeito dos aspectos pessoais ou do ambiente, primordialmente, com amostras expostas a adversidades crônicas e graves, mostrando-se incipiente o estudo com foco na interação entre tais aspectos (WALSH, 2005).

De modo breve, apresentar-se-á os conceitos norteadores da avaliação da competência ou disfunção, sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, destacando-se suas definições e a interação entre as terminologias.

O termo resiliência foi apresentado por Yunes (2006) como um conjunto de recursos, que para além dos traços e disposições individuais se configuram como padrões com capacidade para prevenir, minimizar ou superar os efeitos negativos de determinadas adversidades. Nesse sentido, a construção teórica desse conceito agregou princípios tais como as afirmativas que a resiliência não é um atributo fixo do indivíduo (RUTTER, 1999) e que tem caráter processual e dinâmico (LUTHAR; CICCHETTI; BECKER, 2000), envolvendo a superação frente a determinado risco e adversidade, expressa inclusive na interação entre pessoas e grupos.

Enquanto os recursos são definidos como atributos mensuráveis que favorecem respostas positivas e se configuram como condições que podem estar presentes e serem avaliados independentemente de outras variáveis, os mecanismos de proteção são identificados apenas na presença de adversidades, enquanto condições que reduzem seu impacto, diminuem as respostas negativas frente a elas, estabelecem e mantêm a autoestima e a autoeficácia da pessoa e criam novas oportunidades (MASTEN; GEWIRTZ, 2006). O conjunto de recursos pessoais e do ambiente pode, pois, se tornar protetor para o desenvolvimento em um contexto de adversidade, promovendo a resiliência (YUNES; SZYMANSKI, 2001), na medida em que há adaptação positiva frente a tal contexto (MASTEN; GEWIRTZ, 2006).

Para a compreensão da resiliência e dos mecanismos protetores ao desenvolvimento, enfatiza-se a presença de características inatas, biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo e relativas ao ambiente, consideradas condições que interferem nas trajetórias desenvolvimentais e tendem a direcioná-lo para a desadaptação ou disfunção frente a dificuldades. Coloca-se em questão, pois, as estratégias e padrões de enfrentamento do indivíduo na presença de vulnerabilidades, adversidades, estresse e riscos, a que pode ser exposto ao longo do ciclo vital.

As condições de vulnerabilidade se configuram como predisposições ou susceptibilidade ao estresse, o qual, por sua vez, foi referido por Yunes e Szymanski (2001) como condição ou experiência de vida temporária ou transitória que opera de forma a sobrecarregar ou exceder os recursos adaptativos da pessoa ou da família. Quando um

evento estressor é duradouro, recorrente ou está associado a outros estressores define-se a condição de adversidade (MASTEN; GEWIRTZ, 2006), a qual de maneira geral é avaliada a partir de múltiplos estressores.

De maneira semelhante à compreensão dos recursos, mecanismos protetores e resiliência, destaca-se que condições de vulnerabilidade podem estar presentes independente do desfecho avaliado, bem como que um evento estressor e uma condição adversa podem não se configurar como decisivos para a desadaptação ou disfunção do indivíduo ou grupo.

Sameroff e Fiese (2005), Yunes e Szymanski (2001) e Rutter (1979) concordam ao afirmarem que um único evento estressor não tem impacto relevante para os desfechos nas diferentes etapas de desenvolvimento, indicando que é o acúmulo de condições estressoras e a combinação de adversidades em interação com os recursos e os mecanismos protetores que podem favorecer ou diminuir a possibilidade de respostas positivas e adaptativas.

O peso de condições que favorecem respostas desadaptadas ou disfuncionais é dado pela compreensão de variáveis de risco, as quais são consideradas como tendo uma probabilidade elevada de promover desfechos desadaptativos quando pessoas ou grupos estão expostos a elas ao longo do ciclo vital (YUNES; GARCIA; ALBUQUERQUE, 2007; YUNES; SZYMANSKI, 2001). Condições inesperadas, graves ou persistentes, bem como aquelas que envolvem eventos múltiplos, caracterizados pela recorrência da mesma condição ou pelos efeitos cumulativos dela, são descritas como tendo uma maior probabilidade de se configurar como risco para adaptação frente às demandas típicas de desenvolvimento (WRIGHT; MASTEN, 2006; WALSH, 2005), o que deve ser compreendido inclusive em razão do período do ciclo vital e das tarefas esperadas para cada momento de vida (POLLETO; WAGNER; KOLLER, 2004).

Ao longo do ciclo vital, o indivíduo vivencia tarefas específicas, associadas à idade ou fase de desenvolvimento em que se encontra e a padrões comportamentais e habilidades típicas do período de vida, configurando-se a presença de estágios desenvolvimentais (DESSEN; POLONIA, 2007). A avaliação do sucesso ou do fracasso do indivíduo frente às demandas específicas de cada estágio se torna, pois, referência para a identificação dos recursos internos e externos mobilizados para o enfrentamento de tais tarefas (BEE, 2003) e de desfechos adaptativos ou disfuncionais (MARTURANO; LOUREIRO, 2003).

As variáveis associadas a cada estágio guardam, portanto, relação com o período em que a pessoa se encontra em sua trajetória de desenvolvimento, incluindo as vivências dos períodos anteriores e as novas demandas e tarefas do ambiente, específicas de cada período (MARTURANO; LOUREIRO, 2003).

A psicopatologia do desenvolvimento, pautada por esses conceitos, busca identificar o que interfere ou ameaça a realização adequada das tarefas próprias do desenvolvimento, bem como o que favorece a adaptação e competência, destacando-se que condições pessoais, de grupos e do ambiente podem ser avaliadas de formas distintas, tais como recurso ou estressor, na medida em que podem se alterar ao longo da vida, dependendo do estágio de desenvolvimento e das demandas exigidas em cada período, de modo a favorecer desfechos diversos para cada indivíduo ou grupo.

No foco de interesse do presente estudo, destacar-se-á as tarefas típicas do desenvolvimento referentes ao período escolar, compreendido entre seis e 12 anos de idade, o qual demanda a realização de tarefas que se expressam pelo desempenho escolar e pelas interações com os pares e outros adultos não familiares impostas no contexto escolar (LINHARES; BORDIN; CARVALHO, 2004), se configurando pelas suas particularidades como etapa relevante para o desenvolvimento da pessoa, no que diz respeito à sua produtividade e às interações sociais. A desadaptação, em cada período, pode ser entendida como um desvio às normas específicas de cada etapa do desenvolvimento (PRICE; ZWOLINSKI, 2010), enquanto que a avaliação da adaptação pode se pautar em indicadores como ausência de patologias, pela competência para realização de tarefas próprias do período do ciclo vital e pelo bem estar subjetivo (WRIGHT; MASTEN, 2006).

Como medida de adaptação frente às tarefas de desenvolvimento do período escolar, diversos estudos têm utilizado indicadores de saúde mental e de problemas de comportamento, enquanto desfechos infantis a serem considerados. De modo a contextualizar tais indicadores, abordar-se-á alguns dados de estudo de prevalência.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes fica entre 13 e 22,5%, na população geral. Para a realidade brasileira, destacam-se alguns estudos de prevalência de problemas de comportamento com crianças e adolescentes. Fleitlich e Goodman (2000) estudaram a prevalência de problemas de comportamento mediante a aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) para crianças e adolescentes entre sete e 14 anos de

idade, identificados a partir das escolas, residentes em três áreas geográficas distintas (favela, comunidade urbana e comunidade rural) no município de Campos de Jordão-SP. Os autores verificaram taxa de prevalência de problemas de 15% na amostra geral, dos quais a maior parte pertencia à área da favela (22%).

No contexto do município de Ribeirão Preto-SP, Cury e Golfeto (2003) procederam a estudo transversal, com uma amostra de estudantes dos quatro primeiros anos do ensino fundamental, advindos de uma escola pública da cidade. No referido estudo, o SDQ foi respondido tanto pelos pais quanto pelos professores das crianças, identificando taxa de prevalência de 18,7% para problemas de comportamento na avaliação realizada com os pais e de 8,3%, na avaliação feita pelos professores. O mesmo instrumento foi utilizado por Paula, Miranda e Bordin (2008), em estudo transversal com uma amostra probabilística, de crianças e adolescentes entre 11 e 15 anos, que frequentavam a 6ª série do ensino fundamental, em todas as escolas do Município de Barretos-SP. Em tal estudo, o referido questionário foi respondido pelas crianças e adolescentes, na versão autoaplicável, avaliando-se também indicadores de risco para a saúde mental dos participantes, sendo identificada taxa de prevalência de 12,5% de problemas de comportamento e associação destes problemas à exposição à violência familiar e urbana. Com exceção do estudo de Paula, Miranda e Bordin (2008), os demais abordaram exclusivamente variáveis sociodemográficas e econômicas, não tendo incluído indicadores relativos à saúde mental materna.

Tais taxas de prevalência foram obtidas com amostras da comunidade, sugerindo a relevância da identificação precoce dos problemas e a necessidade de medidas de saúde mental.

Com objetivo de analisar as políticas públicas brasileiras de saúde mental infantil e juvenil, Couto, Duarte e Delgado (2008) destacaram a relevância da construção de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil, favorecida pela articulação entre os serviços de diferentes setores (saúde, educação e assistência social, dentre outros), níveis de complexidade e intervenção. Os autores indicaram que os equipamentos públicos de nível primário ou básico poderiam ter papel fundamental na implementação de ações preventivas e de promoção de saúde e na identificação de casos para os quais intervenções precoces poderiam reverter ou evitar o agravamento de problemas mentais.

Ao estudarem as solicitações para atendimento psicológico na rede de saúde pública brasileira, para crianças entre seis e 12 anos de idade, Neves e Marinho-Araújo (2006) verificaram altos índices de tal solicitação, havendo estudo prévio que sinalizou a possível associação de tal demanda com as condições de vida desfavoráveis das populações de baixa renda que faziam uso de tal serviço (BERNARDES-DA-ROSA et al., 2000). Os referidos autores identificaram como mais frequentes entre as queixas condições associadas à composição e contexto familiar, dentre elas a família monoparental, a separação conjugal e a convivência com a depressão materna.

Os indicadores relativos às condições familiares somam-se, pois, a outras condições contextuais adversas para a compreensão dos desfechos desadaptativos das crianças, enfatizando-se a relevância dada por diversos autores para a avaliação de múltiplas condições nesse complexo cenário (ESSEX et. al, 2006; SAMEROFF; FIESE, 2005). Destaca-se, ainda, que as trajetórias de desenvolvimento e as tarefas específicas de cada período são influenciadas de maneira múltipla, tanto por circunstâncias adversas quanto por condições promotoras do desenvolvimento, assim, pontua-se a relevância de análises que incluam a interação de variáveis relativas aos mecanismos de risco, proteção e resiliência para a avaliação dos diversos desfechos, como estratégia para a identificação de recursos que instrumentalizem proposições e práticas em saúde mental.

Destaca-se como condições que influenciam diretamente o desenvolvimento da criança em idade escolar, período do ciclo vital foco deste estudo, aquelas relativas ao contexto familiar (MARTURANO; FERREIRA, 2004), as quais podem conjuntamente contribuir para promover a competência ou a dificuldade. Abordar-se-á a seguir as condições que perpassam o ambiente familiar e que têm impacto para as crianças que com elas convivem.

1.2 O ambiente familiar: condições adversas e de proteção, favorecedoras dos problemas e da resiliência

O ambiente familiar se configura como cenário de eventos múltiplos que, de acordo com suas características e impacto para a criança e a própria família, podem indicar a presença de vulnerabilidade, estresse, risco, como condições potencializadoras da disfunção, ou de recursos, proteção e resiliência como favorecedores de adaptação. O tipo do evento e sua duração, a qualidade dos vínculos familiares estabelecidos e a estabilidade do ambiente

familiar foram destacados por Moraes e Koller (2004) como condições a serem analisadas para compreensão deste cenário.

Dentre os eventos pontuados como condições que predispõem ao estresse, se inclui a desvantagem socioeconômica, indicada como condição de vulnerabilidade, como destacado por Assis, Avanci e Oliveira (2009), na avaliação de crianças entre seis e 13 anos de idade, que conviviam em tal contexto, tendo o estudo apontado que tal condição pode ser intergeracional e favorecer dificuldades para as crianças ao longo de toda sua vida, incluindo problemas de comportamento e de competência social. Com base em uma amostra da comunidade, o referido estudo verificou que os determinantes sociais foram associados a problemas de comportamento e de competência social das crianças, destacando que ter cor da pele negra, pais com baixa escolaridade e viver em famílias monoparentais ou constituídas pela presença de padrasto ou madrasta ou de outras pessoas se configuraram como fatores associados isoladamente a desfechos negativos por parte das crianças.

Em estudo de revisão, Silva (2010) avaliou 48 artigos nacionais que analisaram a relação entre desvantagem econômica e problemas de saúde mental para amostras variadas (crianças, adolescentes e adultos, população advinda da zona rural e urbana), identificando que o baixo *status* socioeconômico e a violência influenciou negativamente a saúde mental infantil, e destacando que a associação à baixa escolaridade e gênero feminino foram condições que aumentaram a prevalência de transtornos mentais não psicóticos.

Em estudo transversal, desenvolvido no Brasil com 100 crianças entre seis e 12 anos de idade e seus familiares, atendidos em um Programa de Saúde da Família, Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) também avaliaram a associação entre fatores de risco relativos ao contexto familiar e problemas emocionais e comportamentais das crianças, avaliados pelo SDQ. As autoras identificaram associação estatisticamente significativa, de forma isolada, entre instabilidade financeira da família e problemas emocionais, hiperatividade e problemas no geral, e entre estresse materno e problemas emocionais e problemas no geral. Quando da análise multivariada para a identificação de um modelo explicativo para os problemas de comportamento das crianças, o *status* socioeconômico deixou de ser fator significativo, o que pode evidenciar o peso relativo de tal variável, no conjunto contextual estudado pelas autoras, para os desfechos infantis, relativos ao comportamento.

Taylor e Wang (2000) deram destaque para a desvantagem econômica associada à ausência paterna no lar como condições que sobrecarregariam as mães nas funções parentais, enfatizando a variável família monoparental como de risco para os filhos. Destaca-se que tais dados, relativos às condições socioeconômicas das famílias e seu efeito negativo para a trajetória desenvolvimental das crianças, podem indicar a pobreza ou desvantagem socioeconômica como condição de vulnerabilidade para as famílias e crianças, se associando a outras variáveis do contexto familiar, tais como a presença de condições relativas aos vínculos estabelecidos no contexto familiar e a estabilidade desse ambiente.

Nesse sentido, reflexões apresentadas por Bolsoni-Silva e Del Prette (2003), quanto aos antecedentes de problemas comportamentais, sinalizaram para a presença de variáveis históricas dos pais e atuais, destacando de um lado indicadores intergeracionais (características referentes às famílias de origem dos pais) e, de outro, as formas de interagirem com os filhos, pautadas por agressividade, inconsistência, abuso e negligência, bem como em dificuldades pessoais dos adultos (preocupação com o poder, depressão, comportamento antissocial), das crianças (temperamento difícil, pouca sensibilidade à punição, atenção rebaixada, hiperatividade, déficit em habilidades sociais) e da escola (rejeição de colegas e manejo inefetivo dos professores).

Dentre os indicadores apresentados pelas autoras quanto às interações familiares, destacar-se-á características relacionadas às práticas educativas parentais e ao comportamento dos pais, o qual foi estudado por Simões, Farate e Duarte (2013) quanto à segurança do apego das crianças, em uma amostra de conveniência da comunidade, identificando correlação positiva entre as percepções maternas quanto aos comportamentos de apego dos filhos e o suporte emocional oferecido pelas mães e correlação negativa com a rejeição materna, independente da constituição familiar.

As práticas parentais, identificadas como negativas e com impacto para as crianças, foram conceituadas por Gomide et al. (2005). As referidas autoras destacaram como práticas educativas negativas: (a) a negligência, na medida em que os pais não se atentam para as demandas do filho, se ausenta das responsabilidades inerentes às funções parentais, se omitem ou estabelecem com eles uma relação de apego pobre, pontuando como consequências a apatia ou agressividade nos filhos; (b) a punição inconsistente, que corresponde a uma rotina de ações educativas de punições ou reforços aos comportamentos dos filhos, conforme o próprio estado emocional dos pais e não de acordo com as ações da

criança, a qual pode apresentar dificuldade em discriminar o que é adequado e inadequado em seu comportamento; (c) a monitoria negativa, que consiste no excesso de fiscalização dos filhos e de orientações repetitivas não cumpridas por eles, que favorecem um ambiente familiar hostil e permeado por dificuldades na comunicação; (d) a disciplina relaxada, caracterizada pela omissão dos pais frente ao não cumprimento de regras por eles estabelecidas, sendo essas últimas duas práticas potencializadoras de problemas de conduta na adolescência; e (e) o abuso físico, por meio de punição física ou castigos físicos na tentativa de controlar os filhos, nos quais pode favorecer a apatia, medo, desinteresse e comportamentos antissociais.

Em estudo com escolares entre sete e 14 anos, no Brasil, Goodman et al. (2007) avaliaram diferentes fontes de fatores de risco para a saúde mental das crianças, com ênfase em características sociodemográficas, dos pais e das crianças, e identificaram conjuntos distintos de variáveis associadas aos diferentes tipos de problemas para as crianças. Os dados do referido estudo evidenciaram que problemas de comportamento das crianças mostraram-se associados com estresse parental, punição física severa, abuso de álcool na família e viver em uma família não tradicional (em que um dos genitores não residia no lar), sendo que problemas emocionais, especificamente, foram associados com estresse parental, pobre saúde da criança no geral e ao gênero feminino e a hiperatividade associou-se com baixo nível de inteligência e gênero masculino. Quanto ao prognóstico para a saúde mental das crianças, os dados evidenciaram como preditores negativos as associações com menor idade das crianças, baixo nível educacional materno e mais baixo nível de inteligência das crianças.

Em estudo transversal com amostra de conveniência da comunidade, em Embu-SP, Sá et al. (2010) objetivaram identificar fatores associados a problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, entre quatro e 17 anos de idade. Os autores identificaram associações significativas entre: ideação suicida materna e a violência conjugal física grave com maior risco para problemas de comportamento externalizante e total de problemas; punição física grave contra os filhos e o total de problemas de comportamento; além do gênero masculino das crianças/adolescentes e embriaguez do pai/padrasto serem fatores associados aos problemas de comportamento internalizante. Associações com a ideação suicida foram verificadas em tal amostra com outras condições do ambiente familiar, sendo que as mães que relataram ideação suicida nos 12 meses anteriores à avaliação

apresentaram probabilidade oito vezes maior de terem sofrido violência conjugal física grave e quatro vezes maior de ter um marido/companheiro que se embriagou.

A punição física severa, caracterizada como abuso físico, foi destacada pela literatura como o tipo de violência mais frequente que incidiu sobre crianças e adolescentes de amostras clínicas, atendidas em serviços especializados, sendo apontados como principais agressores a mãe e/ou o pai (VITOLLO et al., 2005). Em uma amostra com crianças e adolescentes acolhidos institucionalmente, Wathier e Dell'alglio (2007) identificaram associação entre relatos de vivências de violência intrafamiliar e mais problemas de comportamento ou sintomas depressivos na adolescência, bem como observaram que eventos de violência crônicos podem ter maior impacto para a saúde mental das crianças e adolescentes quando comparado àqueles que sofreram estressores agudos.

O impacto da punição corporal, utilizado como método educativo destinado aos filhos e o seu impacto para a saúde mental, foi identificado por Gershoff (2002), em uma ampla revisão da literatura, destacando que comportamentos antissociais e sintomas depressivos podem estar presentes em crianças, adolescentes e adultos expostos a tal violência e, que na vida adulta, foi constatada a associação também com atos agressivos e criminosos dos filhos.

As crenças dos pais acerca das práticas educativas também foram destacadas por Vitolo et al. (2005) como condições que interferiram na escolha dos métodos educativos, identificando uma maior chance de um pai ou responsável agredir uma criança, quando acreditava que apanhar era uma prática adequada de educação/correção às crianças, sendo que a crença no castigo físico quase sempre foi associada à desvalorização e desconhecimento de outros métodos educativos.

No contexto das interações familiares, a complexidade e multiplicidade de eventos associados ao ambiente familiar foram ainda apontadas por Regalla, Guilherme e Serra-Pinheiro (2007), com destaque para variáveis de risco e de dificuldades no contexto familiar, tais como a violência doméstica e na comunidade, a ausência dos pais, a falta de responsabilidade e de diálogo, o uso de drogas, o descontrole emocional, a culpa, a ausência das redes de apoio, além da transição da infância para a adolescência.

Outro aspecto a ser considerado, refere-se à qualidade da interação conjugal, condição relevante, segundo Benetti (2006), na medida em que pode interferir na disponibilidade afetiva e física dos pais nos cuidados e envolvimento com os filhos. Santos e

Costa (2004) sinalizaram para a presença de sentimentos ambivalentes nas crianças que conviviam com uma dinâmica conjugal violenta e Benetti (2006) destacou a presença de vivências internas de intenso sofrimento, estresse e alterações emocionais e fisiológicas em crianças expostas a episódios de conflito conjugal.

Estudos diversos avaliaram o impacto de condições relativas ao ambiente familiar para desfechos das crianças, com destaque para problemas de comportamento internalizante e externalizante. Tais problemas podem ser definidos a partir das proposições de Achenbach et al. (2008), que se referem aos comportamentos internalizantes como distúrbios pessoais, como ansiedade, retraimento, depressão e sentimento de inferioridade, enquanto destacam os problemas de comportamento externalizante como aqueles que envolvem características de desafio, impulsividade, agressão, hiperatividade, favorecendo conflitos com o ambiente.

No estudo de Lengua et al. (2008), variáveis de risco foram estudadas cumulativamente, pontuando os autores tal condição como preditora de problema de comportamento internalizante e externalizante na infância e início da adolescência. Em tal estudo, identificou-se associação entre indicadores de autocontrole da criança, riscos maternos (gravidez na adolescência, depressão, problemas com a lei e abuso de álcool e outras drogas) e riscos ambientais (qualidade do ambiente familiar e da vizinhança) e desfechos negativos de escolares relativos ao comportamento internalizante, além de evidenciarem que a renda familiar e a escolaridade materna no terceiro ano escolar foi preditora de problemas comportamentais internalizantes e externalizantes quando as crianças se encontravam no quarto e quinto ano escolar. A presença de menos riscos e de mais autocontrole da criança mostrou-se, ainda, preditora de menos problemas comportamentais para elas.

A identificação de possíveis associações entre indicadores de risco e de recursos de proteção para os desfechos infantis foi verificada em poucos estudos, sendo que em sua maioria focaram a coleta e análise de dados em variáveis de risco, definidas *a priori*, sendo os recursos de proteção identificados quase sempre pela associação negativa com os desfechos relativos a problemas.

Destaca-se, pela inclusão de indicadores de risco e de resiliência, o estudo de Yunes, Garcia e Albuquerque (2007), que abordou, mediante análise qualitativa dos relatos de famílias monoparentais e de baixa renda e de agentes comunitários, fatores de risco na

história de vida das famílias, incluindo a presença de eventos de vida diversos, tais como alcoolismo, violência nas relações, perdas materiais e afetivas, casos de infidelidade matrimonial, miserabilidade e consequente privação financeira e sociocultural, além da presença de recursos de resiliência para seu enfrentamento.

Sob a perspectiva da resiliência, coloca-se em foco a interação entre os fatores de risco, a sua intensidade e duração, e condições de proteção do indivíduo ou do ambiente, destacado por Garcia, Brino e Williams (2009) quanto ao contexto familiar, escolar e da comunidade, os quais podem proporcionar efetivo suporte social às famílias. A ênfase recai, pois, nas condições contextuais, que serão apresentadas a seguir, como recursos de proteção para a criança e para a família, em uma visão sistêmica, que incluem indicadores sociodemográficos, dos relativos às práticas parentais, à dinâmica familiar e ao suporte social.

Dentre os indicadores sociodemográficos, destaca-se que a elevada escolaridade dos pais foi associada à maior facilidade de perceberem as demandas dos filhos, à maior possibilidade de promoverem sua competência social e à presença de uma rede efetiva de apoio social (TAYLOR; WANG, 2000).

Quanto às práticas educativas positivas, destaca-se a monitoria positiva, definida pelo conjunto de ações que envolvem a atenção e as demonstrações de afeto positivo, especialmente nos momentos de maior necessidade da criança, e o conhecimento sobre onde o filho se encontra e quanto às atividades que ele desenvolve, bem como o comportamento moral, relativo à transmissão de valores mediante modelos positivos e afetivos (GOMIDE et al., 2005).

A qualidade do apego entre pais e filhos foi apresentado na revisão de Bigras, Crepaldi e Lima (2011) como condição relevante para a compreensão do desenvolvimento das habilidades sociais dos filhos, ponderando que a implementação de intervenções que favoreçam o apego seguro pode promover a competência no desempenho da parentalidade e na capacidade de proteção aos filhos, além de estratégias de regulação emocional das crianças e de resolução de problemas, minimizando interações interpessoais violentas.

Ainda quanto à dinâmica familiar, a oferta de atividades à criança em seu tempo livre, o estabelecimento de uma rotina diária com horários definidos e arranjos de espaço e tempo para a realização das tarefas escolares foram identificados por Ferrioli, Marturano e Puntel (2007) como recursos para diminuir a probabilidade das crianças, entre seis e 12

anos, atendidas em um programa de atenção primária, apresentarem problemas de saúde mental, especialmente os relativos à hiperatividade e conduta.

O suporte oferecido à família também se destaca como condição protetora ao desenvolvimento infantil, na medida em que as redes de suporte são reconhecidas como espaços que favorecem interações potencializadoras de superação de estresse, por meio de estratégias de enfrentamento. O suporte social foi conceituado por Gottlieb (1983) enquanto um conjunto de recursos variados oferecidos por pessoas íntimas com efeitos emocionais positivos, podendo se efetivar inclusive como ações verbais (informações e conselhos) que auxiliam mediante ajuda instrumental e emocional. Os recursos da rede de suporte podem contemplar aspectos estruturais e humanos disponíveis às famílias, incluindo os institucionais (NORONHA et al., 2009). Assim, destaca-se que a rede comunitária pode oferecer suporte à família em distintos domínios de sua vida, sendo identificado, no estudo de revisão realizado por Halpern e Figueiras (2004), impacto positivo para a relação mãe-criança quando se identificava que a família fazia uso de serviços da comunidade.

Quando da análise mais ampla do contexto familiar, destaca-se a relevância de estudos que abordem a variável resiliência em famílias, a qual reúne um conjunto de recursos desse contexto, enquanto uma possibilidade de adaptação dos membros familiares favorecida por processos interacionais dessa rede de relacionamentos e experiências que, no decorrer de todo o ciclo vital, podem oferecer estratégias diversas de enfrentamento frente às adversidades (WALSH, 2005). Consolida-se, assim, a mudança no foco de tal conceito, de forma a deixar de lado a ênfase nas características individuais que são influenciadas pela família e a focalizar a família, em uma visão sistêmica, na qual há reciprocidade de influências entre pessoas e ambientes (YUNES, 2006).

Böing, Crepaldi e Moré (2008), com base em uma revisão da literatura acerca de aspectos conceituais e teórico-metodológicos envolvendo a pesquisa com famílias, destacaram a mudança de foco do indivíduo para os sistemas interrelacionais, considerando os sistemas familiares na sua intersubjetividade e enfatizando a comunicação e o comportamento dos seus membros. Dessa forma, em uma perspectiva de apreensão dos recursos e sucesso do grupo familiar, as autoras caracterizaram a família como um sistema singular e complexo, de relevância para os estudos sobre desenvolvimento humano, bem como para as políticas públicas que atuam junto às famílias, na medida em que a ciência pode contribuir para a reflexão crítica dos profissionais que as atendem. Em tal revisão,

destacaram a possibilidade da combinação de diferentes abordagens e estratégias metodológicas no estudo com famílias, a fim de adequar o método à causalidade complexa que envolve este objeto de estudo.

Com ênfase no sucesso das famílias, nos processos interacionais do grupo familiar e nos eventos que interagem para os desfechos nesse contexto, Walsh (2005) destacou que eventos estressores interferem nas trajetórias desenvolvimentais das crianças apenas quando têm impacto negativo para os processos-chave de resiliência familiar, os quais são definidos pela autora como estratégias de enfrentamento da família frente às adversidades, com influência na adaptação imediata e a longo prazo de todos os seus membros. Os sistemas referentes aos processos familiares saudáveis propostos pela referida autora fundamentam-se em elementos relativos às crenças familiares, a padrões organizacionais e a processos de comunicação, os quais serão apresentados a seguir.

O sistema de crenças abrange valores, convicções, tendências e suposições que mobilizam emoções e ações, promotoras da resolução de problemas quando são facilitadoras, persistentes, compartilhadas pelos membros da família, em uma perspectiva positiva, de encorajamento e esperança, incluindo a transcendência, enquanto crenças espirituais e/ou ideológicas. Os processos organizacionais, por sua vez, envolvem o modo da família realizar as tarefas essenciais para seu crescimento, incluindo a capacidade de se reorganizar e de seus membros manterem os vínculos afetivos, frente às condições adversas, preservando-se os papéis de cada um, as regras estabelecidas e o equilíbrio entre o lar e o trabalho. A organização familiar considera ainda a avaliação dos recursos sociais e econômicos, com destaque para a efetividade das redes sociais e comunitárias e a segurança financeira. Por fim, os processos de resiliência familiar incluem o sistema referente aos processos de comunicação, os quais facilitam o funcionamento familiar na medida em que há clareza e consistência nas expressões e ações, compartilhamento de sentimentos, tolerância às diferenças, responsabilização pelos próprios sentimentos, resolução colaborativa dos problemas e postura pró-ativa (WALSH, 2005).

Destaca-se que estudos sobre resiliência familiar vêm sendo desenvolvidos prioritariamente com amostras expostas a múltiplas condições estressoras e à cronicidade de eventos de tal natureza (YUNES; GARCIA; ALBUQUERQUE, 2007; WALSH, 2005), favorecendo a compreensão de processos familiares como condição contextual favorecedora da adaptação, enquanto fenômeno multidimensional e multideterminado

(ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005) e centrado nos processos interacionais do contexto familiar (WALSH, 2005). Nesse estudo, focalizar-se-á a depressão materna recorrente como condição pessoal adversa grave e persistente, com impacto para o contexto familiar e para a criança em idade escolar, e suas associações a outras condições do ambiente que podem influenciar os desfechos relativos ao comportamento de escolares, enquanto tarefa típica desse momento do desenvolvimento infantil.

1.3 Depressão materna: aspectos clínicos e o impacto para o desenvolvimento infantil

A depressão é um transtorno mental que acarreta muitos prejuízos para o dia a dia das pessoas acometidas por tal patologia, em razão de sua duração, da recorrência e da sintomatologia caracterizada pela tristeza, apatia e pouca disposição para a vida cotidiana (OMS, 2007), com impacto para o contexto de vida da pessoa, incluindo o familiar, o social e o laboral. O interesse pelo estudo da depressão e seu impacto para o contexto de vida das pessoas acometidas por tal transtorno pautam-se ainda em dados da Organização Mundial de Saúde que evidenciam um aumento dos casos de depressão e nos custos econômicos e sociais desta psicopatologia, predizendo que nas próximas duas décadas a depressão deverá “se tornar a doença mais comum no mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde [...] (e que poderá se tornar) sozinha a maior causa de perdas entre todos os problemas de saúde” (OMS, 2009).

Ao analisarem estudos epidemiológicos norte americanos da última década, Hammen, Bistricky e Ingran (2010) indicaram índices de prevalência do transtorno depressivo maior entre 5,3% e 6,6%, com taxas de prevalência da doença ao longo da vida entre 13,2% e 16,2%, maior ocorrência entre as mulheres, na proporção de 2:1, e maiores índices em populações expostas a desvantagens econômica, educacional e social. Dentre os transtornos mentais, os ansiosos e depressivos são considerados os mais frequentes na população latina americana (ANDRADE et al., 2012; ALMEIDA-FILHO et al., 2004; ARAYA et al., 2001), sendo identificada, em amostras representativas da cidade de São Paulo (ANDRADE et al., 2012) e do estado da Bahia (ALMEIDA-FILHO et al., 2004), a prevalência de 11% e 12%, respectivamente, de pessoas adultas com transtornos depressivos. Dentre aqueles diagnosticados com transtorno depressivo maior, 82% apresentaram episódios moderados ou graves, segundo estudo de Andrade et al. (2012).

No estudo de Almeida-Filho et al. (2004), foi identificada alta prevalência em mulheres, na proporção de 2:1 quando comparadas aos homens, principalmente entre mulheres em idade fértil, mães, com menor escolaridade e de baixa renda. O estudo de Andrade et al. (2012), na cidade de São Paulo, por sua vez, as chances das mulheres apresentarem transtornos do humor, no geral, foram 2,7 vezes maior quando comparadas aos homens. Com relação à idade das pessoas acometidas no referido estudo, tinham quatro vezes mais chances de estarem na faixa etária entre 18 e 34 anos e quase cinco vezes mais chances de estarem entre 35 e 49 anos. Dados semelhantes foram relatados por Máximo (2010), a partir de indicadores advindos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, no Brasil em 2008, que além de identificar maior prevalência de depressão em mulheres, na proporção de mais de duas mulheres para cada homem, evidenciou concentração de mulheres nas idades de 20 e 59 anos.

A questão de gênero tem sido também destacada como fator que interfere na ocorrência e no curso dos transtornos mentais, tendo Piccinelli e Wilkinson (2000), em uma revisão crítica da literatura, ao analisaram estudos divergentes quanto às taxas dos transtornos depressivos maior e recorrente em mulheres, identificado congruência quanto a maior prevalência dos sintomas depressivos ao longo da vida para mulheres em comparação aos homens. Tal achado pode ser associado ao referido por Andrade, Viana e Silveira (2006) quanto a maior facilidade da mulher em identificar sintomas e buscar auxílio e ao viés de memória, diferenciais entre homens e mulheres. No artigo de revisão de Piccinelli e Wilkinson (2000), foram verificados ainda fatores de risco como condições associadas às diferenças de gênero para a depressão, destacando principalmente fatores ambientais, tais como vivências de adversidade na infância, incluindo violência sexual, sintomas depressivos e ansiosos na infância e fatores culturais e de desempenho de papéis sociais. De forma semelhante, Andrade, Viana e Silveira (2006) referiram como variáveis de risco para depressão aquelas associadas ao ambiente, à personalidade, tal como isolamento social, e também a fatores genéticos.

Destaca-se, assim, o amplo reconhecimento da vulnerabilidade da mulher a sintomas depressivos e ansiosos e sua associação com o período fértil, bem como o fato de que a depressão se configura no transtorno que mais causa incapacitação, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Aspectos clínicos da depressão materna foram estudados por diversos autores e serão destacados quanto à recorrência, à gravidade, ao tempo de exposição da criança e a sua idade de início quando da primeira exposição à depressão materna, bem como à presença de comorbidades, ao curso de tal transtorno e ao impacto para a percepção materna sobre o filho.

A duração mais longa dos episódios em mulheres foi descrita por Eaton et al. (2008), a partir de um estudo populacional norte americano, como condição associada ao gênero feminino, destacando ainda que mais de 80% das participantes diagnosticadas com depressão apresentou recorrência dos episódios.

Psychogiou e Parry (2013), em recente editorial da revista *Psychological Medicine*, destacaram a associação entre afeto, responsividade e comportamentos parentais, pontuando que aspectos clínicos da depressão (quadro atual ou passado, comorbidade, gravidade e cronicidade da depressão) e tempo de exposição da criança à depressão parental podem interferir na parentalidade e nos desfechos infantis. Nesse sentido, o curso do transtorno depressivo, a duração dos episódios, a gravidade e a cronicidade, bem como a maior incidência em mulheres e a idade média de início do transtorno, o qual acomete mulheres jovens e em período fértil, têm sido apresentados como condições relevantes para a compreensão do impacto da depressão para as crianças e para o contexto familiar, com desdobramentos importantes para o exercício da maternidade, na medida em que tais condições influenciam o cotidiano das famílias e o desenvolvimento infantil (MARKOWITZ, 2008).

Estudos de predição com crianças em idade escolar avaliaram que o tempo maior de exposição da criança à sintomatologia materna foi associado a mais sintomas depressivos dos filhos (HAY et al., 2008). Além disso, a presença de comorbidades com outros transtornos mentais da mãe, como ansiedade (KAREVOLD et al., 2009; RICE et al., 2010) e problemas de conduta (LOEBER et al., 2009), foi associada a mais dificuldades emocionais e comportamentais por parte das filhas expostas à depressão materna, com destaque para a associação direta entre múltiplos problemas de saúde mental maternos e infantis.

A gravidade e cronicidade da depressão materna mostraram-se associadas a mais problemas emocionais e comportamentais e a mais prejuízos no funcionamento global de escolares e adolescentes (WICKRAMARATNE et al., 2011). A presença de mais problemas comportamentais e de competência social das crianças foi verificada, quando da exposição a

trajetórias da doença que incluíam sintomatologia mais grave e recorrente, com mais dificuldades de comportamentos internalizantes e externalizantes (ASHMAN; DAWSON; PANAGIOTIDES, 2008; CAMPBELL et al., 2007), bem como menos competência social e mais comportamentos delinquentes (GROSS et al., 2009). A interação entre o número de episódios depressivos das mães e desfechos para as crianças foi também identificada por Silk et al. (2006), que avaliaram estratégias de regulação emocional em crianças entre quatro e sete anos de idade, verificando que para as meninas o maior número de episódios foi associado à distração voluntária e à passividade. Tais achados reiteram afirmativas prévias que associaram a depressão crônica como condição com impacto negativo para o comportamento infantil (LEIFERMAN, 2002; GARBER E LITTLE, 1999).

A presença da comorbidade da ansiedade e depressão materna foi considerada condição com efeito negativo para as crianças expostas a tais transtornos, tendo Piché et al. (2011) identificado associação com problemas de comportamentos externalizantes, Karevold et al. (2009) observado associação com sintomas depressivos e de ansiedade dos filhos, e Barker e Maughan (2009) evidenciado que a maior exposição a tais transtornos no pré e pós natal foram preditores de problemas de conduta persistentes, em meninos.

A idade de início da exposição das crianças à depressão materna também foi apontada como condição relevante para a compreensão do impacto para as crianças. Goodman e Gotlib (1999), ao revisarem a literatura e proporem modelos para a compreensão do risco da depressão materna para os filhos, pontuaram a presença de maior impacto negativo para as crianças quando da exposição mais precoce à depressão, destacando como possíveis motivos as dificuldades das crianças nos primeiros anos de vida em superarem os efeitos negativos da depressão e a manutenção das consequências negativas para períodos posteriores do desenvolvimento. Em concordância com tal afirmativa, Bergeron et al. (2007), ao avaliarem o comportamento de crianças e adolescentes, entre cinco e 16 anos de idade, filhos de mães com depressão, identificaram diferenças nos desfechos comportamentais, de acordo com a faixa etária dos filhos, sendo o impacto negativo da depressão maior para as crianças expostas mais cedo a tal transtorno.

Estudos longitudinais avaliaram momentos específicos de exposição da depressão materna e seu impacto para os filhos que convivam com tal psicopatologia. Essex et al. (2006), em estudo composto por amostra da comunidade, identificou associação entre depressão materna nos primeiros anos de vida da criança e desfechos relativos à saúde

mental dos filhos no período pré-escolar, verificando que os sintomas depressivos das crianças estavam também associados ao seu desempenho escolar e social, na transição para o período escolar. Com uma amostra randomizada, Bagner et al. (2010) verificaram que a convivência com a depressão materna durante o primeiro ano de vida dos filhos aumentou os riscos para problemas de comportamento externalizantes e internalizantes por parte das crianças com até 12 anos de idade, sendo tal período considerado pelos autores como período sensível à exposição à depressão materna.

Com dados advindos de um estudo de coorte, Sterba, Prinstein e Cox (2007), quando da avaliação exclusiva da depressão materna no período pós-parto para as trajetórias de problemas de comportamento internalizante de crianças entre dois e 11 anos, verificaram a presença de mais problemas para as meninas mais novas. Galéra et al. (2011), em estudo objetivando a identificação de fatores de risco pré, peri e pós natal, com amostra advinda de uma coorte, verificaram o impacto conjunto da depressão materna e fatores relacionados à prematuridade, ao peso da criança ao nascer, à exposição ao tabaco, à idade da mãe no parto (menos de 21 anos), comportamentos antissociais dos pais no passado e temperamento difícil, para altos níveis de hiperatividade, impulsividade e/ou desatenção, quando o filho contava com cinco meses de vida,. No estudo de Hay et al. (2008), com uma amostra randomizada, identificou-se maior impacto da depressão ocorrida na gestação para o funcionamento adaptativo de meninas e da depressão pós-parto para meninos entre 11 e 16 anos.

O curso da depressão foi uma das características clínicas estudadas por Jaser et al. (2008), em estudo transversal com amostra clínica para mães com depressão, os quais avaliaram a influência de indicadores de remissão da doença para os filhos, tendo os dados evidenciado que, mesmo após quase completa remissão, os efeitos para os desfechos negativos, quanto a comportamento internalizante e externalizante, permaneceram para as crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 11 e 14 anos. Indicadores relativos à remissão da depressão, após três meses de tratamento do transtorno depressivo maior materno, foram analisados por Pilowsky et al. (2008), que verificaram associação entre remissão e diminuição significativa nos diagnósticos psiquiátricos das crianças e adolescentes, entre sete e 17 anos, destacando que ao longo de um ano de tratamento a gravidade da depressão materna e os sintomas psiquiátricos dos filhos continuaram diminuindo.

A depressão materna, pelas suas peculiaridades, também tem sido estudada em pesquisas com delineamentos trasnversais, enquanto condição que, avaliada por escalas de rastreamento, influencia a percepção das mães e a qualidade de seu relato sobre o comportamento dos filhos. Ao examinar, em uma amostra da comunidade, o quanto a depressão interfere no relato das mães, em comparação ao relato de professores, quanto à presença de problemas de comportamento internalizante e externalizante nos filhos entre 10 e 14 anos, Gartstein et al. (2009) verificaram que os relatos entre as diferentes fontes (mães e professores) foram concordantes ao identificarem mais problemas externalizantes nos meninos do que nas meninas. No referido estudo, os autores observaram que, quanto maior o número de indicadores de depressão, mais problemas de comportamento internalizante e externalizante eram relatados para os meninos e mais problemas de comportamento internalizante para as meninas. Comparações que incluíram os relatos das mães, dos pais e dos professores foram realizadas por Fossum et al. (2007), em uma amostra clínica de crianças entre quatro e oito anos de idade, com diagnóstico de transtorno de conduta ou opositor desafiante, os quais não identificaram diferenças significativas entre os relatos das mães e dos pais, mas observaram diferenças para os relatos dos professores, que avaliaram o comportamento dos meninos como mais agressivo e menos componentes sociais, em comparação às avaliações das meninas. Em uma amostra clínica de crianças com diagnóstico de transtorno depressivo maior, Kiss et al. (2007) verificaram indicadores relativos aos relatos das mães e das próprias crianças e adolescentes, entre sete e 17 anos, de ambos os sexos, sendo identificado dados concordantes apenas entre as avaliações de mães e filhas quanto aos sintomas depressivos dessas últimas.

Quando da comparação entre os relatos de mães e pais, Luoma, Koivisto e Tamminen (2004), em estudo longitudinal, com uma amostra da comunidade, identificaram que a depressão materna, avaliada por escala de rastreamento, foi associada a mais problemas comportamentais nas crianças, aos oito e nove anos, a partir dos relatos das duas fontes de informação, contudo observaram com diferenças significativas que as mães referiram mais problemas de comportamento externalizante para os meninos e de comportamento internalizante para as meninas, quando comparado ao relato dos pais.

A questão do gênero dos filhos que convivem com a depressão materna também foi destacada pela literatura como condição relevante para a compreensão dos desfechos

infantis, na medida em que se verificou que meninos e meninas são afetados de formas distintas pela qualidade da interação entre mães depressivas e filhos (NAJMAN et al., 2001).

Em uma recente revisão da literatura, Loosli e Loureiro (2010) constataram diferenças quanto aos desfechos de escolares para meninos e meninas, que conviviam com a depressão materna, identificando os problemas externalizantes e de conduta como predominantes nos meninos e para problemas internalizantes e depressivos como mais frequentes para as meninas.

Foster, Garber e Durlak (2008), em um estudo trasnversal, com uma amostra clínica para mães com depressão, verificaram associação significativa entre a duração do episódio depressivo da mãe, avaliada mediante instrumento diganóstico, e os problemas de comportamento internalizante para as meninas e externalizante para os meninos, com idades entre sete e 14 anos. Drabick et al. (2006) relataram resultados semelhantes para crianças entre dez e 12 anos de idade, procedentes de uma amostra da comunidade, sendo observada associação da depressão materna, enquanto um dos fatores de risco analisados, e sintomas depressivos para as meninas e problemas de conduta para os meninos. Quando da avaliação exclusiva de problemas internalizantes, Silk et al. (2006) referiram, a partir de um estudo transversal, com crianças entre quatro e sete anos de idade, de uma amostra de conveniência, que as filhas de mães com depressão apresentaram mais problemas nessa área do comportamento, além de mais emoções negativas, quando comparadas aos filhos.

Estudos longitudinais também identificaram impactos distintos para meninas e meninos. Ao estudar filhos de mães com e sem depressão pós-parto, em uma amostra da comunidade, Kersten-Alvarez et al. (2012) procederam ao controle de variáveis de risco relacionadas à depressão materna, a saber: baixa escolaridade materna, conflitos conjugais, separação e mais eventos de vida estressores; tendo identificado que as meninas em idade escolar que conviveram com mães com depressão apresentaram menos recursos de inteligência verbal, menos problemas de comportamento externalizante, e, em comum com os meninos escolares, apresentaram também dificuldades no enfrentamento do estresse e na interação com os pares. Os referidos autores interpretaram a presença de menos problemas de comportamento externalizante nas meninas expostas à depressão a partir de três possibilidades: (1) altos níveis de problemas na amostra cujas mães não apresentavam depressão, (2) a ausência de problemas como condição para que a criança se ajustasse à família, de forma a evitar mais estressores para o ambiente familiar, e/ou (3) em razão da

mãe ter referido menos taxas de tais problemas para as filhas, na medida em que os comportamentos externalizantes são menos aceitos em meninas do que em meninos.

O impacto direto da depressão materna e de aspectos clínicos de tal transtorno para os desfechos das crianças vem sendo amplamente reconhecido, dando-se destaque para tal variável materna como adversa para as trajetórias desenvolvimentais dos filhos (MENDES et al., 2012) e para o contexto familiar, na medida em que o transtorno depressivo favorece um ambiente conflitivo, pautado por manifestações de afeto que incluem a raiva, tristeza e irritação, além do afastamento das mães da rotina diária da família (GOODMAN; GOTLIB, 1999) e da consequente exposição da criança a um ambiente desorganizado, hostil e com baixa responsividade (GROSS, 1994).

Com base em uma revisão da literatura, foi identificado impacto negativo para diferentes desfechos das crianças, sendo destacado indicadores de desadaptação e problemas comportamentais, de psicopatologias e de prejuízos cognitivos por parte das crianças pré-escolares e escolares que conviviam com a depressão materna (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008).

Mendes (2009), no contexto brasileiro, identificou que crianças expostas à depressão materna, advindas de uma amostra da comunidade, apresentaram quase três vezes mais chances de terem problemas de comportamento quando comparadas àquelas que conviviam com mães sem transtornos psiquiátricos. O predomínio de manifestações de ansiedade e depressão para crianças foi verificado por Shannon et al. (2007), em um estudo com amostra da comunidade, nos Estados Unidos, quando da comparação entre filhos que conviviam com mães com depressão e aqueles que não conviviam com mães com quaisquer transtornos mentais. O comportamento pró-social foi avaliado por Hay e Pawlby (2003), na percepção materna e da própria criança, em um estudo longitudinal com escolares que conviviam com a depressão materna ao longo da vida, identificando que, aos 11 anos de idade, as crianças informavam mais habilidades cooperativas do que as suas mães relatavam, também em comparação ao relato das mães sem depressão sobre seus filhos. Os autores definiram tais comportamentos como as habilidades da criança para responder positivamente às necessidades dos pares. Observaram, ainda, que problemas emocionais na idade pré-escolar e escolar se configuraram como condição de risco para as habilidades pró-sociais nas etapas seguintes do desenvolvimento.

Quanto ao impacto da depressão materna para a psicopatologia infantil no geral, tal desfecho foi abordado de forma específica em estudos de prevalência, com amostras da comunidade, indicando que 40 a 45% das crianças que conviviam com a depressão materna recorrente apresentavam ao menos um transtorno psiquiátrico, sendo esta taxa três a quatro vezes maior do que a de crianças que conviviam com mães sem história psiquiátrica (HAMMEN; BRENNAN, 2003; LIEB et al., 2002) e risco quatro vezes maior para transtornos psiquiátricos no geral, aos 11 anos de idade, para os filhos que conviveram com a depressão materna após o nascimento, quando comparado às crianças que não foram expostas a tal adversidade (PAWLBY et al., 2008).

A influência da depressão para o funcionamento cognitivo das crianças foi avaliado por Joormann, Talbot e Gotlib (2007), com uma amostra composta por meninas de nove a 14 anos, e por Arsenio, Segin e Siegel (2004), em uma amostra clínica de mães com depressão, de conveniência, com crianças de ambos os sexos entre seis e 11 anos de idade, verificando prejuízos significativos para as crianças expostas à depressão materna quanto ao nível de inteligência e às habilidades de reconhecimento de expressões emocionais, respectivamente.

Prejuízos em outras áreas do desenvolvimento foram relatados, sendo que as crianças que conviviam com a depressão materna apresentaram um risco três vezes maior de terem problemas escolares quando comparadas a crianças que não foram expostas a tal psicopatologia materna (WEISSMAN; FEDER, 2004), além de serem verificados prejuízos para a socialização das crianças no ambiente familiar (GREGORY et al., 2012), no enfrentamento do estresse e no relacionamento com os pares (KERSTE-ALVAREZ et al., 2012).

O peso da depressão materna para os desfechos das crianças sofre também a influência de outras variáveis contextuais, as quais, contudo não têm sido analisadas em todos os estudos empíricos sobre o tema, segundo a recente metanálise de Goodman et al. (2011). Assim, coloca-se em evidência, pois, a relevância de se identificar os múltiplos mecanismos que podem explicar a direção da associação entre a depressão e o peso de variáveis do ambiente para os desfechos infantis desadaptativos, enquanto estratégia auxiliar na identificação de fatores que favoreçam a proposição de intervenções em saúde mental.

A referida metanálise, conduzida por Goodman et al. (2011), analisou 193 estudos empíricos e se propôs à identificação de características das crianças e das famílias que

conviviam com a depressão materna, enquanto condições de riscos para os desfechos infantis. Quando da análise dos estudos que avaliaram as associações relativas aos comportamentos internalizantes e à presença de indicadores de psicopatologia em geral, os autores verificaram maior tamanho do efeito quando da utilização de: (a) instrumentos diagnósticos para avaliação da depressão materna, em comparação aos estudos que avaliaram tal variável por escalas de sintomas, (b) amostras clínicas em comparação a amostras da comunidade, e (c) mães como fonte de informação do comportamento dos filhos em comparação a outras fontes (professores, crianças e relato combinado de mães e crianças). Não foram evidenciados, nos estudos analisados, indicadores de associações significativas para os comportamentos externalizantes.

Os referidos autores identificaram que variáveis pessoais e contextuais foram preditoras de problemas para as crianças que conviviam com a depressão materna, a saber: (a) com relação ao ambiente familiar, a pobreza, os cuidados monoparentais, a família pertencer a minorias étnicas; e (b) quanto às variáveis da criança, ser mais jovem e do sexo feminino. Destacaram como hipótese que crianças com menos idade estariam mais vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologias em razão do maior tempo de exposição à depressão materna e, conseqüentemente, menos tempo de convívio com uma mãe saudável, mas também em função: de terem menos maturidade cognitiva para compreender os sintomas maternos, de apresentarem menos recursos de regulação emocional e menos habilidades no processamento de informações sociais, de serem mais dependentes das mães quando comparadas às crianças mais velhas, no sentido de interagirem com outras pessoas de suporte, tais como pais, professores e pares. O gênero feminino foi associado à presença de mais problemas de comportamento internalizante, quando comparado ao masculino, tendo os autores analisado tal resultado a partir de indicadores relativos à hereditariedade, aos mecanismos de socialização típicos para meninas e meninos, a maior suscetibilidade das meninas aos estressores associados à depressão materna e às diferenças no estilo de práticas parentais destinadas a meninos e meninas. Para os problemas de comportamento externalizante, a ausência paterna foi avaliada como tendo peso maior para os filhos que conviviam com a depressão materna.

A partir de tal metanálise, reitera-se a relevância de se desenvolver e testar modelos que abarquem múltiplos fatores de risco coocorrendo e interagindo para prever problemas comportamentais das crianças. Os autores destacaram a necessidade da verificação do peso

específico das características das crianças e das famílias em grupos de alto risco para o desenvolvimento de psicopatologia, apontando a necessidade de identificação de quais variáveis podem elucidar as associações entre depressão materna e desfechos infantis. A direção da associação entre depressão materna e desfechos não foi definida como sendo estabelecida de forma direta, o que para os autores demandaria delineamentos longitudinais ou experimentais com medidas sensíveis e métodos qualitativos e quantitativos, ressaltando a relevância de se examinar o papel de variáveis teóricas e empíricas, inclusive em populações vulneráveis, tais como as que convivem com a pobreza.

A multifatorialidade para a apreensão dos desfechos de crianças que convivem com a depressão materna foi abordada por Psychogiou e Parry (2013), ao considerarem mecanismos explicativos múltiplos, incluindo o afeto dos pais, com destaque para o humor depressivo, e os comportamentos parentais, enfatizando a responsividade e a dificuldade na regulação emocional e no enfrentamento de problemas, além de aspectos fisiológicos individuais (neurobiológicos) como condições associadas à desadaptação das crianças.

A seguir, apresentar-se-á variáveis contextuais diversas, com impacto para as crianças na presença da depressão materna, de forma a identificar as condições adversas e de proteção que vêm sendo analisadas nos modelos de predição dos desfechos infantis. Tal perspectiva encontra consonância com as proposições da psicopatologia do desenvolvimento que tem priorizado a identificação das principais variáveis contextuais de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil, na busca pela compreensão das condições favorecedoras de competência e de desadaptação, com destaque para a exposição das crianças a eventos ambientais adversos (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

1.4 Depressão materna, variáveis contextuais e o impacto para as crianças: estudos preditivos

Estudos diversos têm abordado como condições relevantes para a compreensão do impacto da depressão materna para as crianças os indicadores clínicos da depressão, apresentados no tópico anterior, fatores biológicos, fisiológicos e genéticos, que não serão abordados detalhadamente nesse tópico, que focalizará as variáveis contextuais. Conforme apresentado por Goodman e Gotlib (1999), mecanismos relativos a condições de hereditariedade, a disfunções neuroreguladoras podem ser indicadores relevantes para a

compreensão da transmissão da psicopatologia para as crianças, apontando os autores para a importância de se identificar comportamentos e afetos negativos da mãe e condições estressoras do ambiente em seu entorno.

Diversas são as variáveis, associadas à depressão materna, avaliadas como preditoras dos desfechos infantis, as quais foram organizadas a partir das características relativas a aspectos sociais e do contexto familiar, condições relevantes destacadas em estudos de prevalência de transtornos mentais na infância como variáveis que contribuem para o agravamento dos sintomas nas crianças ou para a manutenção da patologia (LÓPEZ-SOLER et al., 2009; GUILERME et al., 2007).

Para o contexto familiar, Maia e Willians (2005), ao revisar estudos empíricos que analisaram indicadores de risco e de proteção ao desenvolvimento de crianças, apontaram convergência da literatura quanto à inclusão de variáveis relativas ao funcionamento familiar e às práticas parentais, e Bergeron et al. (2007) pontuaram as relações pais-filhos como variáveis relevantes. Quanto aos aspectos sociais, os referidos autores valorizaram, respectivamente, o suporte social e indicadores socioeconômicos na promoção da desadaptação infantil e da competência.

Variáveis relativas aos indicadores sociais foram consideradas a partir de condições econômicas e sociodemográficas da família, incluindo a composição familiar (família monoparental e presença paterna no cotidiano da criança), nível educacional materno e idade das crianças avaliadas.

A baixa renda familiar, a pouca escolaridade materna, o desempenho produtivo pobre e o baixo nível socioeconômico no geral mostraram-se correlacionadas à depressão materna, sendo consideradas mediadoras do impacto da depressão para os desfechos comportamentais e de competência social de crianças entre oito e nove anos de idade (LUOMA et al., 2001). O elevado risco econômico também foi associado à depressão materna enquanto preditor de sintomas depressivos em escolares Graham e Easterbrooks (2000) e a instabilidade financeira foi observada por Weissman e Jensen (2002) como uma variável afetada pela depressão materna, na medida em que aumentou o risco das crianças apresentarem problemas físicos e demandarem mais hospitalizações e uso de medicamento, com consequente aumento das despesas da família.

Em estudo transversal com escolares, Tompson et al. (2010) identificaram a depressão das mães como a variável preditora mais significativa para os indicadores de

transtorno depressivo de crianças entre oito e 12 anos de idade, sendo associada ainda à presença de mais transtornos mentais no geral, em famílias de baixo nível socioeconômico.

Quando da inclusão de aspectos relativos à composição familiar nos modelos de predição de estudos longitudinais, destaca-se o trabalho de Campbell et al. (2009), que, a partir de um estudo multicêntrico, com medidas tomadas na infância e adolescência, evidenciaram que a maioria das mães que relataram elevados sintomas depressivos não eram casadas e apresentavam menos anos de educação, com efeito negativo para as dificuldades de adaptação dos adolescentes, expostos a tais condições. Estudos longitudinais, com amostras da comunidade, avaliaram o baixo envolvimento paterno, decorrente da separação conjugal ou da ausência do pai no cotidiano da criança, tendo por Chang, Halpern e Kaufman (2007) referido associação de tal variável com a depressão materna no passado e desfecho negativos para problemas de comportamento internalizante e externalizante de crianças em idade escolar, e Boyce et al. (2006) evidenciado que o relato de baixo envolvimento paterno no primeiro ano de vida associou-se significativamente a problemas para crianças na idade escolar, em especial, para as meninas que conviveram com a depressão materna grave no pós-parto, as quais apresentaram mais problemas de comportamento internalizante. A monoparentalidade, de forma específica, foi destacada por Talati et al. (2007) como condição preditora de dificuldades emocionais e comportamentais em escolares expostos à depressão das mães, a qual foi avaliada pelos autores, em uma amostra clínica, de conveniência, por indicadores de sintomas atuais pelo DSM-IV e por escala de autorrelato, antes e depois de iniciado o tratamento para depressão. A ausência paterna foi associada, ainda, ao baixo *status* socioeconômico, à menor escolaridade materna e a episódios depressivos mais graves das mães.

Características sociodemográficas relativas especificamente às crianças foram destacadas, prioritariamente, quanto ao gênero, variável apresentada no tópico anterior, e à idade dos filhos que convivam com a depressão materna. Em uma amostra de conveniência, de um estudo transversal, Kiss et al. (2007) verificaram associação de níveis mais altos de sintomas depressivos para as meninas mais velhas. De modo semelhante estudos longitudinais, com amostras da comunidade, identificaram maiores índices de depressão em meninas na adolescência (CORTES et al., 2006) e aumento dos problemas de comportamento internalizante para meninas ao longo dos anos de avaliação (LEVE; KIM; PEARS, 2005). O impacto negativo para meninas na adolescência também foi avaliado em

estudo longitudinal, com amostra randomizada, da comunidade, por Sourander et al. (2006), sendo que a depressão materna e a presença de problemas internalizantes aos 12 anos foram preditores de dificuldades autorrelatadas pelas meninas aos 15 anos de idade.

De forma complementar, abordar-se-á, a seguir, estudos preditivos que incluíram crianças em idade escolar, foco do presente trabalho, e variáveis relativas ao ambiente familiar nos modelos explicativos, agrupados em razão do delineamento adotado (transversal ou longitudinal) e organizados a partir das variáveis identificadas por Bolsoni-Silva e Del Prette (2003) como precursoras de problemas comportamentais infantis. Apresentar-se-á inicialmente os dados referentes aos *estudos transversais* e, em seguida, aqueles relativos aos *estudos longitudinais*.

Estudos transversais

Variáveis relativas às interações entre os membros das famílias que convivem com a depressão materna, com impacto significativo para os desfechos infantis, serão apresentadas a seguir, focalizando os comportamentos maternos, a relação mãe-filho, os conflitos familiares e a rede de suporte social. A presença paterna, enquanto suporte presente ou ausente na rotina familiar foi destacado anteriormente, sendo apresentado neste tópico o apoio de outras pessoas ou serviços que podem se configurar como suporte.

Em geral, os estudos transversais focalizaram a análise do impacto de variáveis de risco ao desenvolvimento infantil de escolares, avaliadas, prioritariamente, a partir de comportamentos internalizantes e externalizantes, sendo ainda incipiente os estudos que tomaram como medidas preditoras de desfechos infantis os recursos de proteção para as crianças.

Tompson et al. (2010) compararam, em uma amostra de conveniência, medidas de desfechos de crianças entre oito e 12 anos de idade que conviviam com mães com e sem história de depressão, bem como medidas relativas à saúde mental materna. Os referidos autores avaliaram a depressão materna mediante aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID), do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e de escala específica que atribui escore para a gravidade e a cronicidade da depressão, enquanto que indicadores de emoção expressa materna foram acessados por instrumento de autorrelato e indicadores de psicopatologia infantil foram avaliados pelo Inventário de Depressão Infantil, pelo *Child Behavior Checklist* (CBCL) e pelo *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for*

School-Age Children/ Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Além da associação significativa entre história de depressão materna e altos índices totais de emoção expressa, tal histórico materno e a presença de emoção expressa crítica contribuíram para sintomas depressivos infantis, e foram associados com escores mais altos de problemas externalizantes das crianças.

Estudos transversais diversos tomaram como desfecho a variável predita relativa a sintomas depressivos das crianças. Para a avaliação de preditores de depressão em crianças entre oito e 12 anos de idade, de uma amostra de conveniência, Dietz et al. (2008) compararam crianças sem diagnóstico de depressão mas com alto risco para tal psicopatologia, as quais apresentavam pelo menos um parente de primeiro grau com transtornos do humor, e crianças saudáveis, de um grupo controle. Os indicadores de psicopatologia, das crianças, pais e demais familiares foram avaliados por instrumentos diagnósticos (K-SADS, com as crianças, e *Social Avoidance and Distress Scale* – SADS, com os adultos), além de serem identificadas variáveis sociodemográficas e relativas às habilidades familiares para resolução de problemas, avaliada mediante medidas observacionais, a partir de escores para os comportamentos positivos e negativos (para mães e crianças) e controladores (para mães) na interação das díades. Os dados evidenciaram que mães com mais sintomas depressivos apresentaram menos comportamentos positivos e mais comportamentos negativos, e menos envolvimento parental com seus filhos nas tarefas de resolução de problemas, condições que precederam transtornos depressivos maiores na adolescência e se configuraram para os autores como um possível modelo para a depressão nessa fase do desenvolvimento.

Quando da avaliação de indicadores da interação mãe-criança, Foster, Garber e Durlak (2008) identificaram que, a remissão da depressão materna, medida pela SCID e BDI, e os comportamentos maternos positivos e afetivos, observados a partir de tarefas de interação específicas, foram preditores de menos problemas de comportamento externalizante para meninos e meninas, avaliados pelo CBCL.

Manifestações depressivas foram avaliadas também por Drabick et al. (2006), em um estudo de coorte, juntamente com a identificação de problemas de conduta em crianças entre 10 e 12 anos que haviam sido expostas na gestação ou nos primeiros 15 meses de vida à radiação, decorrente do acidente nuclear em Chernobil, na Ucrânia, e em crianças não expostas a tal condição. Escalas foram utilizadas para avaliação de problemas de conduta e

de sintomas depressivos das crianças, sendo incluídas no estudo ainda outras variáveis da criança (labilidade emocional e problemas de atenção), da mãe (psicopatologia materna), da função parental (disciplina materna) e da interação mãe-filho (comunicação). Em tal estudo, identificaram associação significativa entre depressão materna e problemas de conduta das crianças, para meninos na referida idade e para crianças expostas a práticas parentais inadequadas, com destaque à baixa comunicação entre mãe e filho.

Chen e Johnston (2007) avaliaram especificamente os problemas de conduta, mediante aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), enquanto desfecho infantil de meninos entre quatro e oito anos de idade, em um estudo com amostra de conveniência, da comunidade. Escalas de autorrelato diversas foram utilizadas para a identificação de sintomas maternos, relativos à desatenção, impulsividade, hiperatividade, reatividade dos pais frente aos comportamentos dos filhos (raiva, maldade e irritabilidade), disciplina oferecida à criança, envolvimento e responsividade parental, além de sintomas depressivos e de hostilidade maternos mediante aplicação das subescalas específicas do Inventário Breve de Sintomas. Foram observadas associações diversas entre as variáveis incluídas, com significância estatística, destacando-se a associação entre desatenção materna, impulsividade, depressão e hostilidade para as crianças com problemas de conduta.

A presença de conflitos familiares, em uma amostra de conveniência da comunidade, foi identificado como condição preditora de sintomas internalizantes e externalizantes para os filhos entre oito e 12 anos de idade, que conviviam com a depressão dos pais, avaliada mediante aplicação do SADS e do BDI (WHIFFEN; KERR; KALLOS-LILLY, 2005). As dificuldades do casal parental e indicadores de apego dos pais foram avaliados por escalas específicas para acessar a intimidade do casal parental e os recursos de apego, sendo identificada a presença de menos intimidade conjugal como preditora de sintomas internalizantes das crianças que conviviam com a depressão materna, bem como que a evitação materna, quando inserida no modelo anterior, foi a única condição a predizer os sintomas internalizantes nas crianças.

Em um estudo com amostra clínica, de conveniência, visando avaliar o peso da depressão materna, medida pelo *Center for Epidemiologic Studies Scale* (CES-D), da renda, do estresse materno por ter um filho com problemas de saúde mental e do suporte social, identificados por inventários específicos, para sintomas depressivos dos filhos entre dois e

19 anos de idade, avaliados pelo CBCL, Gerkenmeyer et al. (2011) identificaram que mais sintomas depressivos maternos foram associados a menos suporte social em famílias que conviviam com filhos com problemas de saúde mental, além de associação da depressão materna com condições de estresse materno.

Mickelson e Demmings (2009), em um estudo com uma amostra de conveniência, composta por mães de baixa renda com relato de elevados níveis de estresse social agudo, evidenciaram associação de tal condição à presença de depressão grave e ansiedade moderada, identificadas pela CES-D. Escalas específicas foram utilizadas para avaliação de condições de estresse, incluindo o suporte social, de forma a se verificar o impacto para a saúde mental de crianças e adolescentes entre um e 16 anos de idade, medida pelo CDI. Os referidos autores verificaram que as mães com elevados níveis de estresse social buscavam suporte nos próprios filhos e que a presença de mais suporte social foi preditora de menos sintomas depressivos nos filhos. Outra evidência foi a associação significativa entre a presença de mais suporte social para as mães e menos indicadores de dependência de suporte social oferecido pelos filhos, os quais apresentaram ainda mais indicadores de saúde mental. Quando da análise das associações entre a depressão materna e as variáveis estudadas, os autores identificaram ainda relação entre tal psicopatologia com características sociodemográficas e com a presença de problemas com a lei e conjugais e de conflitos interpessoais.

Estudos longitudinais

Apresentar-se-á a seguir os estudos preditivos com delineamento longitudinal, destacando-se os que abordaram variáveis relativos à interação mãe-filho e comportamento materno, relacionamento conjugal, práticas parentais e suporte social. Destaca-se que a maioria dos estudos avaliou o impacto de condições de risco ao desenvolvimento infantil, tendo alguns estudos incluído na coleta e análise de dados recursos de proteção à criança, com destaque para recursos relativos ao suporte social.

Milan, Snow e Belay (2009) verificaram a associação entre segurança do apego em crianças aos três anos de idade, sintomas depressivos maternos e infantis aos 11 anos, em estudo com amostra da comunidade. Os sintomas depressivos foram identificados mediante aplicação da CES-D com as mães e do Inventário de Depressão Infantil (CDI), além de serem utilizadas outras medidas de autorrelato e observacionais, estas últimas para

avaliação da qualidade do apego entre mãe e filho e de comportamentos parentais (sensibilidade, aceitação e responsividade). Entre as crianças que experienciaram a depressão materna recorrente, as que foram avaliadas como tendo história de apego inseguro, aos três anos, tiveram quase duas vezes mais chances de apresentarem os mais altos escores no CDI e aquelas classificadas como tendo apego desorganizado na pré-escola também apresentaram mais altos escores no referido instrumento de rastreamento de depressão infantil. Em concordância com tais dados, destaca-se a avaliação realizada por Gravener et al. (2012) quanto à qualidade do apego e do comportamento crítico materno, em amostra de crianças com até dois anos de idade, que conviviam com a depressão materna desde o nascimento em comparação a crianças que não haviam vivenciado tal condição, tendo identificado associações entre depressão materna, emoção expressa e problemas de comportamento internalizante e externalizante das crianças e, ainda, associações do apego desorganizado e inseguro e autocrítica.

Outra variável do ambiente familiar estudada em associação com a depressão materna refere-se aos conflitos conjugais. Esses foram avaliados mediante aplicação do Inventário de Autorrelato Familiar, respondido pelas mães, no estudo de Burt et al. (2005), com uma amostra da comunidade, no qual verificaram associação, com significância estatística, entre tal condição familiar, a depressão materna, avaliada pelo CES-D (quando os filhos contavam com quatro e 16 anos de idade) e pelo BDI (quando os filhos estavam com sete e oito anos), e problemas comportamentais e emocionais, identificados pelo CBCL, respondido pelas mães, especialmente para os meninos.

Os efeitos da depressão parental e de indicadores de discórdia familiar para a saúde mental de crianças com alto e baixo risco para depressão foram avaliados por Pilowsky et al. (2006), em um estudo com amostra de conveniência. A discórdia foi acessada por instrumentos específicos de autorrelato, incluindo as seguintes dimensões desta variável: ajustamento conjugal pobre, discórdia entre pais e filhos, baixa coesão familiar, controle pouco afetivo e divórcio entre os pais. A maioria dos fatores de discórdia foi associada à depressão dos pais, a qual foi diagnosticada mediante aplicação do SADS, a qual, por sua vez, foi identificada como fator de risco consistente para o transtorno depressivo maior e os transtornos de ansiedade, acessados pelo K-SADS, para os filhos que conviviam com a depressão dos pais.

As interações familiares foram também estudadas por Pagani et al. (2008), em uma amostra de conveniência, da comunidade, que objetivaram avaliar o impacto das trajetórias de disfunção familiar para indicadores de ansiedade na infância, acessada por um questionário de comportamento social. A disfunção familiar foi avaliada por escala específica, incluindo as estratégias para solução de problemas, a comunicação e os papéis desempenhados, o envolvimento afetivo, a responsividade e a autorregulação emocional. A depressão dos pais ou dos cuidadores, identificada pela CES-D, e os rendimentos econômicos mais baixos foram associados com maior risco das crianças pertencerem à família com altos níveis de disfunção.

Com uma amostra da comunidade, com filhos entre cinco e 17 anos de idade, Leve, Kim e Pears (2005) buscaram identificar fatores pessoais das crianças e do ambiente familiar, quando essas contavam com cinco anos de idade, como condições de risco para comportamentos internalizantes e externalizantes, medidos pelo CBCL, na adolescência. A depressão materna, medida pela CES-D, bem como a disciplina parental severa e o relacionamento conjugal, avaliados por escalas específicas, foram incluídos no modelo de predição, tendo a depressão materna se associado a indicadores de timidez/medo e baixa impulsividade para as crianças aos cinco anos e predito problemas internalizantes e externalizantes, respectivamente, aos 17 anos. Os autores identificaram que a depressão materna esteve associada também com a disciplina severa para os meninos e com conflitos conjugais para meninos e meninas, bem como observaram que a disciplina severa aos cinco anos se associou a indicadores de impulsividade das crianças, sendo preditora de problemas externalizantes para os meninos na adolescência. Nas análises múltiplas realizadas, a qualidade do relacionamento conjugal não foi preditora dos desfechos avaliados.

Outros estudos preditivos longitudinais incluíram em seus modelos estatísticos de análise as práticas parentais no contexto da depressão materna. Elgar et al. (2007), com uma amostra advinda de uma coorte, avaliaram a saúde mental e o comportamento de crianças/adolescentes entre dez e 15 anos mediante aplicação de questionário específico. Nesse estudo, os autores identificaram associação, com significância estatística, entre sintomas depressivos parentais, avaliados pela CES-D, e: (a) problemas internalizantes e externalizantes dos filhos bem como com menos cuidados parentais, (b) menos cuidados e monitoramento e mais rejeição. Quando da presença de sintomas depressivos dos pais, o

pouco cuidado foi preditor de comportamentos externalizantes dos filhos e a rejeição e o baixo monitoramento foram preditores também de problemas internalizantes.

Feng, Shaw e Silk (2008), em uma amostra de conveniência, da comunidade, estudaram o impacto da depressão materna, do controle negativo materno, do comportamento parental e do apego seguro para sintomas depressivos e de ansiedade em crianças aos 10 e 11 anos, avaliados pela aplicação do CBCL e pelo K-SADS-E (*Epidemiological Edition*). As variáveis maternas foram avaliadas, respectivamente, pela SCID e pelo BDI, e por medidas observacionais, sendo verificada a associação entre a depressão materna, o controle negativo e a timidez das crianças com trajetórias que evidenciaram o crescimento de sintomas depressivos e de ansiedade por parte dos filhos.

Com o objetivo de avaliar distintas trajetórias de desenvolvimento quanto a problemas de conduta, da infância à adolescência, e os riscos no pré e pós-natal associados à família e à criança, comparando meninos e meninas, Barker e Maughan (2009) procederam à aplicação, em uma amostra de conveniência, da comunidade, da escala específica do SDQ para identificação de dificuldades relativas a problemas de conduta, bem como de escalas para avaliação do desenvolvimento da linguagem da criança e do temperamento infantil. A Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgh foi utilizada como instrumento de rastreamento dos indicadores de depressão e ansiedade das mães, além de indicadores pontuais relativos à família, incluindo como fatores de risco: o histórico do consumo de fumo, álcool e outras drogas, as vivências de violência doméstica contra a mãe, o baixo suporte social à mãe, o envolvimento da mãe com a polícia, as práticas educativas severas e os comportamentos maternos na relação com a criança. No modelo de predição testado, os autores verificaram o impacto negativo da ansiedade materna na gestação, das práticas educativas severas, da violência, da ansiedade e depressão maternas e da atitude negativa da mãe em relação ao filho para as trajetórias com problemas persistentes de conduta. Evidenciaram que menos eventos estressores e mais suporte prático, referente a ações concretas de ajuda oferecida às mães por familiares ou membros da comunidade, foram preditores de menos problemas de conduta para as meninas.

Com uma amostra da comunidade, Murray et al. (2006) estudaram o impacto da depressão materna, avaliada pela SCID, em diferentes momentos de vida da criança (pós-parto, no último ano e no período escolar, entre cinco e oito anos) para os desfechos infantis relativos ao nível cognitivo, à autonomia na resolução de problemas escolares e ao

ajustamento escolar, medidos por instrumentos distintos. Os autores incluíram no estudo variáveis pessoais dos pais, quanto ao nível cognitivo, e do ambiente familiar, relativas à presença de conflito parental e ao envolvimento dos pais na vida escolar dos filhos, medidos por instrumentos com medidas de autorrelato e observacionais. Dentre os modelos de predição apresentados pelos autores, a depressão materna manteve-se como uma variável, com associação significativa, para os desfechos infantis, apenas para a autoestima das crianças, sendo que as práticas de controle coercitivo no envolvimento dos pais também foram preditoras de menor autoestima.

Quando da avaliação de práticas parentais para os desfechos desenvolvimentais de meninas, Loeber et al. (2009) avaliaram filhas, entre sete e 11 anos de idade, em uma amostra randomizada, da comunidade. As medidas de desfecho das crianças foram tomadas por escalas e inventários para identificação de problemas de comportamento disruptivo, de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, depressão, queixas somáticas, sintomas ansiosos, e, para avaliação de indicadores da mãe, foi utilizado o BDI e a SCID, para identificação de problemas de conduta, o Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-15) para sintomas somáticos, e escalas específicas sobre punição física, afeto materno e disciplina. Em tal estudo, o modelo construído pelos autores foi composto por diversas variáveis e identificou o efeito preditivo de variáveis sociodemográficas (minorias étnicas, famílias monoparentais) e de variáveis maternas (depressão, problemas de conduta, sintomas somáticos, afeto empobrecido e punição severa) para os múltiplos problemas apresentados pelas meninas.

A influência do suporte social para desfechos de comportamento de crianças expostas precocemente, até dois anos de idade, à depressão materna foi testada, em uma amostra epidemiológica, por Barker et al. (2012), sendo as mães avaliadas desde o início da gestação, mediante aplicação da Escala de Depressão Pós Natal de Edinburgh, e as crianças diagnosticados pelo *Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents* (DAWBA), entre sete e oito anos de idade. Os autores identificaram que os filhos que conviveram com mães com depressão foram expostos a mais fatores de risco, checados por indicadores de autorrelato, incluindo o baixo suporte emocional e prático da rede social com impacto para problemas externalizantes e internalizantes. Na comparação entre mães com e sem depressão, os autores identificaram diferenças significativas para os seguintes fatores de risco: família monoparental, crueldade conjugal, baixo afeto conjugal, baixo suporte

social, mães adolescentes, baixo nível educacional materno, uso de substâncias ilícitas, problemas com a polícia e características socioeconômicas.

A identificação de variáveis do ambiente familiar, associadas à depressão materna, enquanto preditoras de desfechos infantis, em sua maioria, pautou-se na seleção e avaliação de indicadores de risco ao desenvolvimento. Destaca-se, contudo, que alguns estudos incluíram variáveis definidas como recurso de proteção às crianças apenas a partir dos resultados das testagens de predição.

Jacobs et al. (2012), com uma amostra clínica, de conveniência, avaliaram mães mediante aplicação do SADS e filhos pelo K-SADS, bem como indicadores relativos à religiosidade da família, e identificaram que o partilhar da mesma religião pelos membros da família se configurou como um recurso de proteção para sintomas depressivos e ansiosos dos filhos, com idade média de 12 anos.

A avaliação da função parental, no estudo de Elgar et al. (2007) citado anteriormente, permitiu ainda a identificação da associação entre maior cuidado dos pais e mais comportamentos pró-sociais de crianças e adolescentes, entre dez e 15 anos, que conviviam com a depressão materna.

Quanto ao suporte social como condição de proteção, destaca-se estudo de seguimento de Feldman e Masalha (2007), que avaliaram condições contextuais aos cinco meses e problemas de comportamento de crianças árabes e israelenses, aos 34 meses, mediante medidas de autorrelato (CBCL) e observacionais. Os fatores de risco identificados *a priori* pelos autores foram a depressão materna, avaliada pelo BDI, e percepção parental sobre o temperamento da criança, satisfação conjugal, suporte social, questões relativas à vida laboral dos pais e eventos no nascimento, medidos por instrumentos de autorrelato específicos. No modelo de predição testado, a cultura, o temperamento infantil (difícil e negativo), a depressão materna, o baixo suporte social e a sensibilidade parental foram preditores de problemas de comportamento das crianças aos 34 meses.

Em um estudo multicêntrico, realizado nos Estados Unidos, Anhalt, Telzrow e Brown (2007) acompanharam mães desde o nascimento de seus filhos e dentre as variáveis do contexto de vida das crianças incluíram medidas de avaliação da depressão materna e do suporte social. Os autores verificaram que a percepção das mães, com sintomas depressivos, de mais suporte social após um mês do nascimento do filho esteve associada a menos problemas de comportamento externalizante na entrada da criança na escola. Além disso, os

autores identificaram que menores níveis de depressão materna e estresse parental foram preditores de menos problemas de comportamento internalizante para as referidas crianças.

Ao examinarem o curso da depressão materna durante os primeiros anos de vida das crianças, avaliado pela SCID, Ashman, Dawson e Panagiotides (2008), em um estudo com amostra da comunidade, avaliaram a associação de fatores contextuais de risco relativos a eventos de vida, satisfação conjugal, estresse parental e suporte social, identificados por distintas escalas, e seu impacto para os problemas de comportamento externalizante e internalizante, medidos a partir de instrumentos diversos (entrevista estruturada específica, CBCL, Inventário de Comportamento Adaptativo Infantil e escalas de comportamento). Os autores verificaram que menos risco contextual familiar foi preditor de menos problemas de comportamento externalizante para meninos e de comportamento internalizante para meninas.

Sinaliza-se que o contexto de avaliação dos desfechos relativos às tarefas de desenvolvimento de crianças em idade escolar que convivem com a depressão materna configura-se como cenário complexo, no qual se enfatiza a identificação do interjogo entre condições de adversidade e de proteção. Na análise da literatura, verificou-se uma diversidade de variáveis associadas à depressão materna, avaliadas por meio de modelos probabilísticos multivariados, para a predição dos desfechos infantis, evidenciando a interação dinâmica e multidirecional de múltiplos mecanismos explicativos da presença de problemas comportamentais de crianças que convivem em tal contexto.

Frente a tal complexidade, distintas características foram abordadas nos estudos de predição, que focalizaram prioritariamente variáveis de risco relativas a aspectos sociodemográficos e do contexto familiar, com foco em comportamentos parentais, sendo ainda pouco frequente estudos que incluam nos seus delineamentos condições favorecedoras da competência das crianças e os recursos de resiliência familiar, enquanto variáveis associadas a condições estressoras e com peso para a predição do comportamento infantil, identificando-se assim uma lacuna na literatura. Considera-se, em concordância com Masten e Gewirtz (2006), que a compreensão desta multidirecionalidade se configura como um importante recurso para a identificação de indicadores associados ao fracasso e sucesso das crianças, frente às tarefas de desenvolvimento, sendo que tais dados podem instrumentar as proposições de políticas públicas relativas à saúde mental das mães e das crianças.

O presente estudo se insere nessa lacuna da literatura ao incluir no seu delineamento múltiplas variáveis contextuais de risco e de proteção, como elementos de predição dos desfechos comportamentais de escolares que convivem com a depressão materna recorrente. Propõe-se a identificação do peso dos processos de resiliência familiar, mediante a integração de dados quantitativos e qualitativos relativos aos cenários familiares, frente a eventos estressores associados à depressão materna recorrente, tendo-se como hipótese norteadora que a presença de mais eventos estressores associados à depressão materna pode ser influenciada pelos recursos de resiliência familiar, com impacto para o desenvolvimento infantil. Considera-se que tais dados poderão subsidiar estratégias de promoção da saúde mental materna e infantil.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Identificar as associações entre condições contextuais adversas e protetivas para crianças em idade escolar que convivem com mães com depressão recorrente, focalizando os eventos estressores e os processos de resiliência familiar e o efeito preditivo de tais variáveis para os problemas comportamentais das crianças.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Comparar o perfil sócio demográfico e as variáveis do ambiente familiar relativas aos estressores, aos recursos e aos processos de resiliência familiar de crianças que convivem com mães com depressão recorrente em relação ao perfil de crianças que convivem com mães sem transtornos psiquiátricos.

2.2.2 Identificar associações entre variáveis sócio demográficas, eventos estressores, aos recursos do ambiente familiar e processos de resiliência familiar com o comportamento das crianças;

2.2.3 Verificar o efeito preditivo da depressão materna, dos estressores e dos processos de resiliência, para o desfecho comportamento de crianças em idade escolar.

3 Método

3.1 Delineamento

O estudo foi desenvolvido com delineamento transversal, correlacional preditivo, utilizando dados obtidos a partir de distintas fontes e técnicas, incluindo dados quantitativos e qualitativos, sendo estes últimos categorizados e codificados a fim de permitir o tratamento por métodos estatísticos. Buscou-se identificar as associações entre condições contextuais adversas e protetivas e o comportamento infantil de crianças em idade escolar, testando-se o valor preditivo de variáveis sociodemográficas, eventos estressores e processos de resiliência familiar, para crianças que convivem com a depressão materna recorrente e para aquelas que convivem com mães sem transtornos psiquiátricos.

3.2 Aspectos Éticos

O presente estudo é parte de um projeto mais amplo, coordenado pela orientadora deste trabalho, o qual investiga o impacto da depressão materna para crianças em idade escolar, abordando aspectos relativos ao comportamento e à saúde mental das crianças, ao ambiente familiar e à rede de apoio social disponibilizada às famílias (CNPq 302155/2010-4).

O desenvolvimento do estudo em questão deu-se como desdobramento ao estudo de Mestrado da pesquisadora, defendido em maio de 2009, intitulado “Depressão materna: risco psicossocial e recursos de proteção para crianças em idade escolar”, e apresentado junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

O presente estudo foi submetido, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP-USP), segundo o Processo CEP-HCFMRP nº 6395/2011 (ANEXO 1 - Ofício de aprovação do projeto – Processo HCRP nº 6395/2011).

Por ocasião da localização das mulheres/mães, estas foram informadas a respeito dos objetivos dos estudos, bem como da ausência de prejuízos ou danos decorrentes de sua participação e da participação de seu (ua) filho (a), além da possibilidade de desistência da participação a qualquer momento, sem qualquer implicação para os atendimentos clínicos, salientado a participação voluntária e o compromisso dos pesquisadores com o sigilo das informações obtidas na pesquisa. As avaliações das mães e das crianças ocorreram após a

leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Mães *Casos* e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Mães *Não Casos*). Contou-se com a anuência das crianças para a sua participação, sendo ressaltada a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, sem que isto acarretasse prejuízos a ela ou a familiares. As mães participantes assinaram o TCLE, e lhes foi oferecida a possibilidade de entrevista devolutiva, as quais foram realizadas na medida do interesse das mesmas, com foco na disponibilização de informações relativas aos recursos cognitivos e aos indicadores comportamentais (dificuldades e recursos pró-sociais) dos filhos e de possibilidades de encaminhamento oportuno, quando da detecção de dificuldades por parte das crianças ou das mães.

3.3 Participantes

Foram avaliadas 100 díades mães-crianças, sendo:

- 50 díades mães-crianças nomeadas como *casos*, definidos como aquelas que apresentaram o problema em estudo – depressão materna. Incluiu-se mulheres entre 25 e 45 anos, com diagnóstico de depressão recorrente, avaliadas sistematicamente por instrumento diagnóstico, provenientes de uma amostra não aleatória, clínica de conveniência, identificadas em serviços ambulatoriais de saúde mental do Município de Ribeirão Preto, e seus respectivos filhos em idade escolar (inclusão de uma única criança para cada mãe), na faixa etária de sete a 12 anos de idade, de ambos os sexos, sem deficiências aparentes e residentes com suas mães biológicas;

- 50 díades mães-crianças nomeadas como *não casos*, definidos como aquelas que não apresentaram o problema em estudo – depressão materna ou qualquer outro transtorno mental. Incluiu-se mulheres entre 25 e 45 anos, sem transtornos psiquiátricos, avaliadas sistematicamente por instrumento diagnóstico, provenientes de amostra não aleatória, de conveniência, identificadas em serviço de saúde de atenção primária do Município de Ribeirão Preto, e seus respectivos filhos em idade escolar (inclusão de uma única criança para cada mãe), na faixa etária de sete a 12 anos de idade, de ambos os sexos, sem deficiências aparentes e residentes com suas mães biológicas.

Caracterização da situação do estudo

Foram utilizados como fonte de identificação das mães *casos* serviços ambulatoriais de saúde mental do Município de Ribeirão Preto-SP (Ambulatório Regional de Saúde Mental e Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP), responsáveis pelo atendimento aos moradores dos distritos Leste, Sul, Norte e Oeste, respectivamente, abrangendo junto quatro dos cinco distritos existentes no referido Município. Tais serviços oferecem atendimento em Psiquiatria e Psicologia Clínica para pessoas a partir de 18 anos. Além disso, foram identificadas mães atendidas em serviços ambulatoriais de saúde mental ligados à FMRP-USP.

Os serviços ambulatoriais municipais utilizados para seleção das mães *casos* estão divididos em 17 sub-regiões, não contemplando apenas moradores do distrito central.

Em recente levantamento do perfil epidemiológico, realizado junto ao Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP, o qual foi também utilizado para identificação de mães *casos* no presente estudo, Reis (2012) identificou cerca de 8% de usuários com características semelhantes ao perfil definido para as mães *casos*, sendo que de um total de 1281 usuários do referido serviço, cerca de 110 eram mulheres, com idade entre 18 e 49 anos.

Para seleção das mães *não casos*, foi contatada uma Unidade de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, localizada na região Oeste do Município de Ribeirão Preto-SP, que compreende parte da sub-região 5, atendida por um dos serviços ambulatoriais de saúde mental indicados acima. A referida Unidade de Saúde oferece atendimentos em: Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia e Enfermagem, e é referência para moradores dos seguintes bairros: Eugênio Mendes Lopes, Jardim Carlos de Lacerda Chaves, parte do Portal do Alto, parte do Jardim Arlindo Laguna e parte do Planalto Verde.

No contexto mais amplo do estudo, destaca-se que o Município de Ribeirão Preto-SP é uma cidade caracterizada como de médio porte do interior do Estado de São Paulo, possui população aproximada de 604.682 habitantes, com área total de 652,31 km² e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal igual a 0,800, segundo dados do Censo 2010 (IBGE, 2010), ocupando no mesmo ano a 40ª posição em relação aos municípios do Brasil (ATLAS, 2013).

Composição da amostra – Critérios de inclusão e exclusão

A composição da amostra deu-se a partir da seleção das mães, as quais deveriam atender a critérios específicos de inclusão, sendo mulheres na faixa etária de 25 a 45 anos, com filhos biológicos entre sete e 12 anos de idade, para ambos os grupos. Em seguida, descrever-se-á as características específicas consideradas para a amostra de díades *casos* e *não casos*.

- *Casos* – incluiu-se mulheres/mães que receberam ou recebiam atendimento médico, na especialidade de Psiquiatria, em serviços ambulatoriais de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e da FMRP-USP, e que apresentaram diagnóstico de depressão recorrente. Para esse critério, considerou-se as manifestações do transtorno depressivo, tendo por referência os critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (OMS, 2007). Foram incluídas no estudo as mulheres que apresentaram, na avaliação diagnóstica realizada para o presente estudo, diagnóstico de depressão recorrente, com pelo menos um episódio grave ou moderado nos últimos dois anos, correspondente às classificações F33.1, F33.2 e F33.3, e sem episódios nos últimos seis meses. Foram excluídas da amostra mulheres com diagnósticos de depressão maior com episódio único (F32) e exclusivamente com episódios leves (F32.0/F33.0) nos últimos dois anos, mulheres que apresentaram episódios moderados ou graves nos últimos seis meses e que apresentaram comorbidades com outros transtornos, tais como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtornos de personalidade, tais como emocionalmente instável, esquizóide, anti social e outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto, de forma a evitar a interferência de outras condições de psicopatologia, que poderiam ser confundidoras.

- *Não casos* – incluiu-se mulheres/mães atendidas em uma Unidade de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde, adotando-se como critério de inclusão a ausência de histórico de episódios depressivos e de outros transtornos psiquiátricos atuais ou anteriores, sistematicamente avaliados, e como critério de exclusão a referência à presença de outras doenças crônicas, tais como: câncer, AIDS, cardiopatia, nefropatia, hepatopatia, hanseníase, esclerose múltipla, Parkinson, tuberculose ativa e paralisia irreversível e incapacitante.

Com base na identificação das mães, procedeu-se à seleção das crianças, tomando-se como critérios para a inclusão a idade escolar (sete a 12 anos de idade), a convivência com a

mãe biológica e o desempenho intelectual, avaliado como percentil igual ou maior ao médio inferior no Teste das Matrizes Progressivas de Raven – Escala Especial. Além disso, definiu-se como critérios de exclusão: crianças órfãs ou com história de adoção, bem como com retardo mental ou com deficiências sensoriais e físicas aparentes, com o objetivo de controlar variáveis de confundimento que pudessem interferir no comportamento das crianças.

Quando da identificação na mesma família de duas ou mais crianças na idade escolar, foi incluída apenas uma criança e, para tal, utilizou-se como critério para escolha as características das díades já coletadas quanto ao perfil sociodemográfico das crianças.

Percurso amostral

Inicialmente, procedeu-se à identificação das mães *casos* mediante consulta a todos os prontuários das mulheres atendidas pelos referidos serviços ambulatoriais de Saúde Mental. A consulta deu-se, mediante busca junto ao sistema informatizado de gestão em saúde HYGIA, quando disponível, o qual fornecia informações sobre gênero, idade e diagnóstico dos usuários; e, quando o referido sistema não estava disponível, foi realizada a busca aos prontuários físicos, armazenados nos serviços.

Para a seleção das mães *casos* foram realizadas consultas a prontuários entre os anos 2006 a 2013, avaliando-se registros da história clínica das usuárias dos Serviços. Por tal procedimento, identificou-se 582 mulheres entre 25 e 45 anos, que apresentaram, ao longo dos atendimentos médicos, diagnóstico(s) de depressão recorrente (F33.1, F33.2 ou F33.3). Dessas, foram excluídas 314 mulheres por não terem filhos na idade estabelecida, totalizando 268 possíveis mulheres/mães. Mediante a leitura criteriosa dos registros nos prontuários, identificou-se ainda 92 mulheres com sintomas depressivos recentes, nos seis meses anteriores à coleta, as quais também foram excluídas. A não localização de 61 mulheres e a não aceitação ou desistência de participação de outras 34 foi também motivo de exclusão, totalizando-se 187 mulheres excluídas, inicialmente. Realizou-se a avaliação integral de 81 díades mães-crianças, procedendo-se à exclusão de 31 delas, em razão da presença de outros transtornos psiquiátricos por parte das mães (27 mulheres) e deficiências sensorial ou intelectual das crianças avaliadas (quatro casos).

Foram incluídas no estudo como *casos* 50 díades mães-crianças, tendo as mães o diagnóstico de depressão recorrente confirmado pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – SCID (DEL-BEN, 1995; DEL-BEN et al., 2001), com pelo menos um episódio

moderado ou grave nos dois anos anteriores à coleta de dados e sem sintomas nos últimos seis meses. O percurso amostral dos *casos* está apresentado na figura 1.

Figura 1: Percurso amostral das díades *casos*.

Para a identificação das mães *não casos*, foi fornecida pelos agentes comunitários da Unidade de Saúde da Família referida uma lista com 161 nomes de possíveis mães saudáveis, entre 25 e 45 anos, com filhos em idade escolar, as quais foram contadas por telefone ou visita domiciliar. Após o primeiro contato, excluiu-se oito díades, uma vez que as mulheres ou as crianças estavam fora das idades de critério, totalizando 153 mulheres entre 25 e 45 anos, com filhos. Desse conjunto, excluiu-se 27 díades por não terem sido localizadas e 39 por não aceitaram participar do estudo ou por terem desistido da participação após ter sido iniciada a avaliação. Foram avaliadas, pois, 87 díades mães-crianças, procedendo-se a exclusão de outras 37 díades, das quais 34 mães apresentavam manifestações atuais de depressão ou outros transtornos psiquiátricos, quando da aplicação do Questionário sobre a Saúde do Paciente –

PHQ-9 (SPITZER; KROENKE; WILLIAMS, 1999; KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001) e da SCID-NP – edição para não pacientes (DEL-BEN, 1995; DEL-BEN et al., 2001), e três crianças eram portadoras de deficiências sensoriais. A amostra das díades *não casos* foi, então, composta por 50 díades mãe-criança, sendo o percurso amostral relatado apresentado na figura 2.

Figura 2: Percurso amostral das díades *não casos*.

3.4 Instrumentos

Instrumentos – para a seleção dos participantes e alocação como casos e não casos

- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) – utilizada para a avaliação diagnóstica sistemática das mães *casos* e *não casos*. Trata-se de entrevista semi-estruturada, traduzida e adaptada para a população brasileira por (DEL-BEN, 1995; DEL-BEN et al., 2001). Para a seleção das mães *casos*, foram utilizados os módulos da Revisão Geral, da SCID I (módulos A, B, C, D, E e F) e SCID II, visando à confirmação diagnóstica de depressão recorrente e a exclusão de comorbidades. Com base nesse instrumento, procedeu-se à

identificação do perfil clínico das mães, com destaque para a avaliação da gravidade dos episódios depressivos, do número de recorrência de tais episódios, do uso atual de antidepressivo e dos períodos de ocorrência dos episódios depressivos ao longo da vida da mãe, em especial, após o nascimento da criança, caracterizando a primeira exposição da criança à depressão materna. Para a seleção das mães *não casos*, utilizou-se o módulo SCID – NP, a fim de se excluir mães com transtornos psiquiátricos recentes ou passados.

- Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) – utilizado exclusivamente com as mães *não casos*, visando a identificação de sintomas depressivos atuais, considerado como critério de exclusão. O PHQ foi adaptado do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) (SPITZER et al., 1994), instrumento diagnóstico elaborado para a identificação de transtornos mentais para serviços de cuidados primários à saúde. O PHQ-9 é um módulo baseado diretamente nos critérios diagnósticos para Desordem de Depressão Maior do DSM-IV, validado por Spitzer, Kroenke e Williams (1999) e por Kroenke, Spitzer e Williams (2001), que possibilita tanto o rastreamento de sinais e sintomas da Depressão Maior atual, assim como a classificação de níveis de gravidade. É constituído por nove itens, sendo cada item composto por uma escala ordinal que mede a frequência dos sinais e sintomas da depressão nas últimas duas semanas. Para cada item, existe respostas possíveis, sendo pontuado como 0 (zero) quando o sintoma não ocorreu nas duas últimas semanas, como 1 se ocorreu vários dias, como 2 se ocorreu em mais da metade dos dias e como 3 quando esteve presente em quase todos os dias. O escore total é obtido pela somatória dos itens que pode variar de zero a 27, sendo considerado indicador positivo de sinais e sintomas da Depressão Maior valores maiores ou iguais a 10 (SPITZER; KROENKE; WILLIAMS, 1999; KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001). Quanto à gravidade, o escore é classificado da seguinte forma: de zero a cinco - ausência de indicadores de Depressão Maior; de seis a nove - indicadores de Depressão Maior leve; de 10 a 14 - indicadores de Depressão Maior moderada; de 15 a 19 - indicadores de Depressão Maior moderada a severa e escores maiores de 20 indicadores de Depressão Maior severa.

A versão em português utilizada no presente estudo foi traduzida pela Pfizer¹ (ANEXO 2 – PHQ 9 – Questionário sobre a Saúde do Paciente-9), sendo que as mães que apresentaram escore total maior ou igual a 10 foram excluídas, por não preencherem critério de inclusão no presente estudo. Destaca-se que todas as mães que tiveram escore

---

¹ Copyright © 2005 Pfizer Inc; Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão.

menor que 10 no PHQ-9 foram avaliadas pela SCID-NP, de modo a excluir a presença de transtornos psiquiátricos.

Os dados psicométricos do PHQ-9, obtidos em estudo brasileiro quando da comparação com a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, evidenciou indicadores de excelente validade, com uma área sob a curva ROC (AUC) de 0,998 ($p < 0,001$). A nota de corte maior ou igual a 10 mostrou-se a mais adequada para o rastreamento da depressão, com sensibilidade de 1,00, especificidade de 0,98, valor preditivo positivo de 0,97, valor preditivo negativo de 1,00 e eficácia diagnóstica de 0,999 (OSÓRIO et al., 2009).

- Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial – utilizado para a seleção das crianças. Tomou-se a avaliação do nível intelectual das crianças como critério de seleção, adotando-se o desempenho intelectual maior ou igual ao percentil médio inferior (≥ 25) como condição para inclusão no estudo.

Trata-se de teste psicológico adaptado para avaliação dos processos intelectuais, com normas brasileiras para uma amostra representativa de crianças entre 05 e 11 anos e meio, de escolas públicas e particulares da cidade de São Paulo (ANGELINI et al., 1999). O Teste é composto por 36 itens, divididos em três séries (A, Ab e B), tendo cada uma 12 problemas em ordem crescente de dificuldade.

Apresenta normas brasileiras para crianças de escolas públicas e privadas. Os escores totais obtidos nas três séries são transformados em percentil com base na comparação com os dados normativos para a idade da criança, sendo que quanto maior o percentil obtido melhor o desempenho. A validade de construto foi verificada por meio da observação do aumento progressivo nos resultados do teste de acordo com a idade cronológica das pessoas avaliadas e por meio da consistência interna, que na maioria dos itens satisfaz o critério de correlação item-total entre 0,30 a 0,80, com exceção apenas dos itens A1, A2, A3, A4, A5, Ab1 e B1, que por serem itens muito fáceis tem o objetivo de introduzir o tipo de raciocínio a ser utilizado. Quanto à precisão do instrumento, o coeficiente de correlação entre os itens (método das metades) para a amostra total foi de 0,92 (ANGELINI et al., 1999).

Instrumentos – para o estudo propriamente dito

Os instrumentos apresentados a seguir foram utilizados para o estudo propriamente dito, visando à identificação das variáveis sociodemográficas das famílias, do

comportamento das crianças e das medidas relativas aos eventos estressores, aos recursos familiares e aos processos de resiliência familiar.

- Questionário Geral – elaborado para a finalidade do estudo, consta de um Questionário (Apêndice C – Questionário Geral) de levantamento de informações sociodemográficas e de condições específicas dos membros das famílias quanto a: (a) mães – endereço e condições de moradia, idade, sexo, cor, naturalidade, estado civil/constituição familiar, escolaridade, situação ocupacional, número de filhos biológicos e adotivos e a presença de doenças crônicas; (b) famílias – renda mensal e nível socioeconômico; (c) crianças – idade, sexo, escolaridade e presença de deficiências. Para a avaliação do nível socioeconômico, utilizou-se os itens do Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP.

- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – utilizado para avaliação do comportamento das crianças considerada a medida de desfecho do estudo. Foi aplicada a versão para pais, tendo as mães respondido ao Questionário. O instrumento foi proposto por Goodman (1997), traduzido e adaptado para as características socioculturais brasileiras por (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000). Trata-se de um instrumento com versões também para crianças e professores, de uso livre (site www.sdqinfo.com), proposto para o rastreamento de problemas comportamentais de crianças e jovens de três a 16 anos de idade.

O instrumento (Anexo 3 – SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades) é composto por 25 itens, sendo cinco itens sobre capacidades agrupados na Escala de Comportamento Pró-Social, 19 itens sobre dificuldades e um item neutro (*“relaciona-se melhor com adultos do que com outras crianças”*), agrupados em quatro escalas (Escala de Sintomas Emocionais, Escala de Problemas de Conduta, Escala de Hiperatividade e Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas) com cinco itens cada. As alternativas de resposta para cada um dos itens são: *verdadeiro*, *mais ou menos verdadeiro* e *falso*, com pontuação variando entre zero, um e dois, dependendo do item. Cada uma das escalas do questionário pode ser pontuada com escores que variam entre zero e dez pontos, sendo identificados mais problemas comportamentais (nas áreas *específicas* avaliadas pelas escalas de dificuldades e no geral) quanto maior o escore em cada escala e no escore total de

problemas, o qual tem pontuação máxima de 40 ao somar-se a pontuação das quatro escalas mencionadas. Para a Escala de Comportamento Pró-Social, quanto maior a pontuação obtida, mais recursos a criança apresenta.

Para cada uma das cinco escalas, o instrumento oferece notas relativas às categorias *normal*, *limítrofe* e *anormal*, tendo Goodman (1997) definido os escores maiores que 16 no geral (somatória das quatro escalas de dificuldades) nesta última categoria. Para o presente estudo, adotou-se tal nota de corte como indicadora de problemas de comportamento, classificando-se aqueles que atingiram esse escore como Com Dificuldades, e os escores iguais ou inferiores ao referido valor, correspondente às categorias *limítrofe* e *normal*, classificados como Sem Dificuldades.

Os dados psicométricos sobre a validade e fidedignidade do instrumento no Brasil foram apresentados por Woerner et al. (2004), que utilizaram o método teste-reteste e o cálculo do alfa de Cronbach no estudo da fidedignidade do SDQ. Por meio de tais métodos, os autores evidenciaram a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas avaliações, sendo utilizado intervalo médio de aproximadamente 20 dias entre cada aplicação (teste de amostras pareadas, $p = 0,148$) e identificada correlação de 0,79 entre as avaliações e de 0,77 intra-classe (ambos com $p < 0,001$). A validade do SDQ foi verificada quando da comparação aos questionários de Rutter e ao CBCL, cujos estudos foram apresentados no Brasil por Fleitlich, Cortázar e Goodman (2000), com correlações de 0,90 e de 0,87, respectivamente, e com o instrumento diagnóstico DAWBA, com associação satisfatória ($\chi^2 = 13,1$; $p < 0,001$).

- Escala de Eventos Adversos (EEA) – elaborada por Marturano (1999) e utilizada no presente estudo para a identificação de eventos estressores ocorridos na vida da criança. A Escala (Anexo 4 – Escala de Eventos Adversos) aborda eventos adversos que podem ter ocorrido nos últimos 12 meses ou anteriormente na vida da criança. A escala é preenchida a partir de informações colhidas com as mães, mediante a leitura de uma lista de situações que podem ocorrer na vida das crianças, sendo solicitado às mães que informem se alguma das situações ocorreu na vida da criança. É formada por 36 itens, pontuados cada um entre zero (ausência do evento) e dois pontos (presença do evento nos 12 meses anteriores à avaliação e anteriormente na vida da criança) e agrupados de forma a se identificar adversidades que incidem: (a) na vida escolar da criança, (b) na vida da família e (c) na vida

pessoal da criança. A fidedignidade do instrumento foi verificada mediante teste-reteste, com intervalo de 20 dias entre as aplicações, sendo identificados índices satisfatórios de estabilidade (SANTOS, 1999). Para o presente estudo, foi considerado o escore total ponderado da EEA, obtido pela somatória da pontuação de cada item dividida pela pontuação máxima.

- Escala de Adversidade Crônica (EAC) – desenvolvida por Marturano (1999) e utilizada no presente estudo para a identificação de eventos estressores crônicos ocorridos na vida da criança e da família. A escala (Anexo 5 – Escala de Adversidade Crônica) aborda eventos adversos crônicos que podem ter ocorrido na vida da criança, desde seu nascimento, e que tenham duração ou ocorrência repetida por um ano ou mais. É formada por 18 itens que se referem a adversidades relativas à saúde da criança e dos pais, ao temperamento dos pais e a possíveis conflitos conjugais e familiares. A escala é preenchida a partir das respostas das mães, mediante a leitura de uma lista de condições adversas, sendo solicitado que informem a duração das adversidades em anos e o período de vida da criança em que ocorreram. Para o presente estudo, foi considerado o escore ponderado total obtido na EAC.

- Teste de Desempenho Escolar (TDE) – utilizado para a identificação da presença de dificuldades escolares, considerada como evento estressor incidindo sobre a criança. Avalia as capacidades fundamentais para o desempenho escolar de crianças da 1ª a 6ª série do Ensino Fundamental, com normas nacionais para escolaridade e idade, sendo normatizado por (STEIN, 1994). É composto por três subtestes: Escrita, Aritmética e Leitura, com itens apresentados em ordem crescente de dificuldade. Cada item respondido corretamente vale um ponto e quanto maior a pontuação, nos subtestes (escore bruto) e na somatória dos três subtestes (escore bruto total), melhor o desempenho da criança no teste.

As propriedades psicométricas do TDE foram verificadas por meio da análise da consistência interna para cada um dos subtestes. A partir dos escores nos itens e do escore total no subteste foram calculados a média, o desvio padrão de cada item, o coeficiente de correlação item-total e o coeficiente alfa (estimativa do coeficiente de fidedignidade) do escore bruto de cada subteste e do teste total. Os coeficientes de correlação entre os subtestes e o teste total mostraram-se satisfatórios, variando de 0,67 a 0,95 (todos com $p \leq$

0,001) e o coeficiente alfa variou de 0,93 a 0,98, considerando-se os três subtestes e o teste total (STEIN, 1994).

A inclusão no estudo do TDE teve por finalidade identificar a presença ou ausência de dificuldades escolares, tendo por referência o escore total para a idade das crianças, sendo que a presença de dificuldade quanto ao desempenho escolar foi considerada um evento estressor.

- Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF) – desenvolvido por Marturano (2006) e utilizado no presente estudo para a sondagem dos recursos do ambiente familiar. O Inventário (Anexo 6 – Inventário de Recursos do Ambiente Familiar) dispõe de dez tópicos que correspondem a áreas de recursos disponibilizados pela família, sendo: (a) o que a criança faz quando não está na escola, (b) passeios que a criança realizou, (c) atividades programadas que a criança realiza regularmente, (d) atividades que os pais desenvolvem com a criança em casa, (e) oferta de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento, (f) disponibilidade de jornais/revista, (g) disponibilidade de livros, (h) supervisão para a escola, (i) atividades diárias com horário definido e (j) ocasiões em que a família está reunida. A escala é preenchida a partir de informações obtidas junto às mães e, para cada um dos itens, há ponderação dos valores obtidos, tendo em vista número variável de possíveis respostas. Os estudos de fidedignidade do instrumento, em uma amostra de 100 crianças com queixa escolar, apontaram índices psicométricos considerados aceitáveis, com consistência interna avaliada pela *alfa* de Cronbach de 0,84 e com boa estabilidade da medida global, com índices entre 92% e 100% (SANTOS, 1999). Para o presente estudo, considerou-se o escore total ponderado do RAF, obtido pela somatória dos escores ponderados em cada item dividido pelo escore máximo.

- Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado – construído para a finalidade específica da pesquisa, para a avaliação dos indicadores relativos aos processos-chave da resiliência propostos por (WALSH, 2005). Os processos de resiliência foram utilizados como norteadores para a elaboração de questões direcionadas à compreensão, a partir do discurso das entrevistadas, dos mecanismos familiares protetores ao desenvolvimento das crianças frente às adversidades, com destaque para o impacto de adversidades nas três categorias definidas pela referida autora, a saber: crenças, padrões organizacionais e

processos de comunicação da família. As questões foram elaboradas pela pesquisadora responsável pelo presente trabalho, visando a intersecção entre os processos de resiliência familiar propostos por Walsh (2005) e condições contextuais para o enfrentamento das adversidades, com destaque para o impacto da depressão materna para as díades incluídas como *casos*.

Para a elaboração do roteiro, teve-se como norteador os três processos-chave de resiliência familiar, propostos por Walsh (2005), considerados como temas centrais, a saber: sistema de crenças, padrões organizacionais e processos de comunicação. Para cada um dos temas centrais, estabeleceu-se um conjunto de categorias fundamentadas nas proposições teóricas de Walsh (2005), relativas a suas formas de manifestações, e, para cada categoria, alocou-se uma ou mais questões a serem respondidas por todas as mães participantes. As questões e parâmetros a serem investigados foram agrupados de forma a haver um encadeamento dos tópicos avaliados, sendo o Roteiro apresentado a dois pesquisadores familiarizados com a teoria da resiliência familiar para a adequação da linguagem e distribuição de itens por categorias.

De modo a exemplificar o encadeamento da construção desse instrumento, ilustra-se, para o tema sistema de crenças, a questão *“Você tem algum plano diferente para seu trabalho (dentro ou fora de casa), sua família ou seu(ua) filho(a) em relação ao que é hoje?”*, alocada na categoria Projetos Familiares Realísticos, definida para este estudo a partir das subcategorias *“presença de planos familiares incluindo ao menos em dois membros familiar”* e *“percepção realística e positiva de ações atuais que envolvam a execução futura”*.

O Roteiro foi inicialmente elaborado para a avaliação de mães *casos* (PIZETA, 2009), tendo como foco dos eventos estressores a depressão. Posteriormente, o Roteiro foi ajustado para sua utilização junto às mães *não casos*, sendo solicitado às mães que informassem quais os eventos estressores relevantes e persistentes, se houvessem, a que foram expostas após o nascimento da criança avaliada, centrando as questões na identificação de estressores pessoais ou relativos à família, trabalho e amigos e seu impacto para o contexto familiar (Apêndice D – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado). O Roteiro foi aplicado a todas as mães avaliadas neste estudo, sendo apresentadas a seguir as questões que compõem o instrumento, as quais estão dispostas por tema e respectivas categorias.

Tema 1 relativo aos Processos de Resiliência Familiar - Sistema de Crenças	
Categorias	Questões das Entrevistas
Perspectiva positiva	Frente a situações novas ou difíceis (incluindo a Depressão para díades <i>casos</i> e situações adversas referidas pelas díades <i>não casos</i>), quais são suas expectativas? Quando os problemas, dificuldades se repetem (incluindo a Depressão para díades <i>casos</i> e situações adversas referidas pelas díades <i>não casos</i>), como você faz?
Sentido atribuído às adversidades de forma integrada e realística	Ao que você costuma atribuir as dificuldades (incluindo a Depressão para díades <i>casos</i> e situações adversas referidas pelas díades <i>não casos</i>) que lhe acontecem? Você pensa que poderia agir de outro modo (referente à questão “repetição de problemas” – item anterior)? Exemplifique, conte uma situação.
Crenças facilitadoras realísticas	Alguma coisa lhe ajudou ou prejudicou a enfrentar as dificuldades (incluindo a Depressão para díades <i>casos</i> e situações adversas referidas pelas díades <i>não casos</i>)? O que mais lhe ajuda a enfrentar as situações difíceis (incluindo a Depressão para díades <i>casos</i> e situações adversas referidas pelas díades <i>não casos</i>)?
Crenças obstrutivas realísticas	
Práticas religiosas positivas	Você ou sua família tem uma crença? Qual? De quais atividades religiosas vocês participam? Com quê frequência?
Projetos familiares realísticos	Você tem algum plano diferente para seu trabalho (dentro e fora de casa), sua família ou seu(ua) filho(a) em relação ao que é hoje?
Crenças partilhadas envolvendo membros da família	(Atentar para crenças partilhadas envolvendo pelo menos dois membros adultos da família, incluindo a identificação de valores interpessoais ou religiosos)

Quadro 1: Conteúdo do Roteiro de Entrevista, organizado em função das categorias definidas para o tema sistema de crenças.

Tema 2 relativo aos Processos de Resiliência Familiar - Padrões Organizacionais	
Categorias	Questões da entrevista
Rotina diária organizada com participação materna	E em relação a seu(ua) filho(a), ele(a) tem rotinas a seguir? Quais? Descreva um dia típico de seu(ua) filho(a). Costumam ser quebradas? Pensando no seu dia a dia, como você decide o que fazer e o que não fazer? Você se planeja? Como está dividido o seu tempo no que se refere ao seu trabalho (em casa e fora de casa, quando tiver) e às necessidades familiares?
Capacidade de reorganização frente aos desafios/situações novas que se opõem às rotinas estabelecidas	E, quando tem um imprevisto, como fica sua rotina? Frente a dificuldades sérias ou que se repetiram em sua vida, as atividades que você costuma realizar com seu(ua) filho(a) ficaram diferentes ou se alteraram? Quais atividades ficaram diferentes? Como? Por quais dificuldades (incluindo a Depressão para díades <i>casos</i> e as adversidades referidas pelas díades <i>não casos</i>)? Em quais momentos? Em situações novas, como é a adaptação de seu(ua) filho(a)? Como ele(a) reage a elas? Como ele(a) lida com as situações do dia a dia? Como ele(a) manifesta os afetos/sentimentos no dia a dia (incluindo amor, felicidade, tristeza, medo e raiva)?
Compromissos e cooperação dos pais e demais membros da família com as rotinas e cuidados integrais à criança avaliada	Alguém lhe auxilia com as atividades domésticas? Como você avalia os cuidados que vem tendo com seu(ua) filho(a) nos últimos 12 meses? Quais são seus compromissos com sua familiar? E os compromissos dos demais membros da família?
Liderança	Quem define para seu(ua) filho(a) o que pode e o que não pode fazer? Quanto ao ir e vir, quem define o que pode e o que não pode? Por quem as rotinas de seu(ua) filho(a) são quebradas (quando o são)? Por quais motivos? Como os limites são colocados a seu(ua) filho(a)? Como ele(a) reage frente ao que pode/é permitido e ao que não pode/é proibido?
Monitoria positiva da criança avaliada	Quem é a pessoa que permanece com seu(ua) filho(a) a maior parte do tempo?
Redes efetivas de apoio comunitário	Quanto a sua comunidade, você considera que tem uma vizinhança violenta, com problemas com a polícia? Quais os serviços da comunidade (educacionais, religiosos, de saúde, de esporte e lazer, sócio assistenciais e comunitários) que podem ajudá-la ou à sua família?
Redes efetivas de apoio pessoal	Em situações relacionadas a seu(ua) filho(a), você recorre a alguém quando precisa de ajuda ou opinião? E nas situações em geral, você recorre a alguém ou pede opinião? A quem? E nos momentos de dificuldade, você pede ajuda ou opinião? A quem? Você recebe ajuda? Qual? De quem? Seu(ua) filho(a) pede ajuda frente a situações difíceis? De quem? Em que ocasiões?
Segurança financeira	Você considera que seus rendimentos (salário, ganhos, dinheiro que advém de seu trabalho) são suficientes para sua família?] E os do chefe? E o total de rendimentos (ganhos) de sua família?

Quadro 2: Conteúdo do Roteiro de Entrevista, organizado em função das categorias definidas para o tema Padrões Organizacionais.

Tema 3 relativo aos Processos de Resiliência Familiar - Processos de Comunicação	
Categorias	Questões da Entrevista
Expressão clara e consistência nas mensagens	Que situações fazem você se sentir contrariada/irritada? Como identifica/percebe tais situações? Como reage a elas? O que acontece? Quando pessoas pensam diferente de você e/ou não fazem o que combinaram com você, como você reage? E no caso do seu(ua) filho(a), quando ele(a) não obedece, como você reage? Como você expressa seus sentimentos (amor, felicidade, tristeza, medo e raiva)? As pessoas percebem seus sentimentos? Se percebem, reconhecem de forma adequada? O que eles percebem coincide com o que você está sentindo?
Empatia com a criança avaliada e demais pessoas do convívio	Você percebe diferenças entre o jeito de ser, pensar e agir de seu(ua) filho(a) em relação a outras crianças, inclusive em relação a crianças da mesma idade dele(a)? Quais? Do que você acha que seu(ua) filho(a) precisa? Você consegue perceber quando seu(ua) filho(a) está precisando de ajuda? Como? O que você considera mais importante nos relacionamentos e interações? Como se sente frente às interações? Você consegue perceber quando as pessoas precisam de ajuda? Consegue perceber o que as pessoas estão sentindo, se estão tendo problemas? E na família, percebe quando estão satisfeitos, tristes, com raiva?
Responsabilidade pelos próprios sentimentos e comportamentos	Você compartilha com as pessoas seus sentimentos? Quais pessoas? Que sentimentos? Em situações de discordância e conflito, como você se sente? (Especificar situações conflitivas e pessoas envolvidas) Quem você costuma responsabilizar pelos conflitos?
Interações agradáveis	(Atentar para a identificação interações familiares, percebidas como prazerosas para seus membros)
Resolução colaborativa de problemas/situações conflitivas relativos à família, ao meio externo e à criança avaliada especificamente	As pessoas são comunicadas ou informadas das suas decisões frente aos conflitos? Como? E depois do conflito, como fica a situação?
Postura pró-ativa e preparo para desafios futuros	(Atentar para a identificação de postura pró-ativa frente às dificuldades e reconhecimento dos desafios futuros)

Quadro 3: Conteúdo do Roteiro de Entrevista, organizado em função das categorias definidas para o tema Processos de Comunicação.

3.5 Materiais

Para coleta de dados com as mães, utilizou-se gravador de áudio, visando o registro da entrevista com roteiro semi-estruturado, bem como protocolos específicos para a anotação e a codificação das respostas da SCID e protocolos impressos para aplicação e codificação das escalas, do Raven, do TDE e do SDQ. Com as crianças, foram usados materiais gráficos e gibis, como recursos para o *rapport* na sessão de aplicação do Raven e do TDE.

3.6 Procedimentos

Coleta de dados

A coleta junto às díades ocorreu nos Serviços utilizados como fonte de identificação das mães, em uma sala cedida de um Centro Social Urbano próximo à residência de algumas das mães ou em suas próprias casas, atendendo-se à conveniência das mesmas, preservando-se a condição de privacidade e conforto, sem interferências externas.

As mães foram contatadas inicialmente por telefone, carta ou na data da consulta nos referidos Serviços e receberam orientações detalhadas sobre os objetivos, possíveis benefícios e riscos relativos à participação na pesquisa. Quando do primeiro contato pessoal, foram coletadas informações relativas à idade da mãe e dos filhos, escolaridade das crianças, presença de deficiências na família, ocorrência de casos de adoção e busca da mãe por tratamento psicológico, psiquiátrico ou neurológico ao longo da vida. Aplicou-se também, com as mães *não casos* o PHQ-9 (SPITZER; KROENKE; WILLIAMS, 1999; KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001) para rastrear indicadores de sinais e sintomas depressivos atuais.

As atividades de seleção e avaliações das possíveis mães foram realizadas pela autora desse estudo, por uma aluna de Mestrado e por bolsistas de apoio técnico do CNPq, todos com experiência clínica suficiente para aplicação da SCID e boa experiência em avaliação diagnóstica por meio de testes e escalas psicométricas. As avaliações se iniciaram após a assinatura pelas mães do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em sessões individuais, face a face, sendo realizadas por psicólogos e alunos de Psicologia bolsistas de Iniciação Científica (IC-FAPESP e IC-CNPq). As avaliações das crianças foram realizadas pelos bolsistas de apoio técnico e pelas graduandas de Psicologia. Antecedendo as avaliações,

foram realizadas sessões de treinamento, buscando-se tornar homogênea a coleta de dados, bem como procedeu-se a reuniões regulares com a equipe de trabalho de seleção e coleta de dados, a fim de se preservar a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a homogeneidade dos procedimentos.

As sessões de avaliação atenderam às seguintes distribuições de atividades:

- com as mães – duas a três sessões, com duração variável. As mães *não casos*, após o contato inicial, responderam ao PHQ-9 e, aquelas que apresentaram escore inferior a 10, participaram do processo de avaliação como descrito a seguir. Na primeira sessão, foi lido e assinado o TCLE, bem como foi preenchido o Questionário Geral e aplicada a SCID para confirmação diagnóstica de todas as mães. Em seguida, as mães que preencheram critérios de inclusão para o estudo, com base na aplicação da SCID, responderam aos seguintes instrumentos: RAF, EEA, EAC e SDQ, de acordo com as instruções específicas de aplicação de cada um deles. As primeiras sessões tiveram duração de 50 a 90 minutos, com média de 70 minutos cada. Na segunda sessão, foi aplicada a Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado, a qual foi gravada em sistema de áudio, tendo as sessões duração entre 60 e 120 minutos, com média de aproximadamente 85 minutos. Quando necessário, foi realizada ainda uma terceira sessão, para o término da aplicação dos instrumentos. A possibilidade de entrevista devolutiva foi oferecida às mães participantes, tendo sido agendada e realizada com todas as mães que manifestaram tal interesse, com duração aproximada de 30 minutos; e

- com as crianças – uma única sessão, individual, na qual após um breve *rapport* as crianças responderam ao Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e ao Teste de Desempenho Escolar, sendo que a duração da sessão variou de 30 a 60 minutos, em média com aproximadamente 47 minutos de duração. As crianças que não preencheram os critérios para inclusão foram identificadas após as sessões de avaliação, sendo que todas elas realizaram as atividades propostas e concluíram a avaliação de forma a completar as duas técnicas inicialmente propostas.

Tratamento dos dados - codificação e categorização

Os dados obtidos na SCID, no PHQ-9, no Raven, no SDQ, no RAF, na EEA, na EAC e no TDE foram codificados de acordo com as proposições de cada instrumento. Os dados obtidos no Raven e o PHQ-9 foram utilizados exclusivamente para fins de inclusão das mães no estudo e os decorrentes dos demais instrumentos, utilizados, conjuntamente com as

informações obtidas pela entrevista, para a identificação das variáveis definidas para o presente estudo.

Variáveis sócio demográficas

As informações obtidas a partir das respostas no Questionário Geral foram codificadas para o levantamento de características das crianças (gênero, idade e escolaridade), das mães (idade, escolaridade, *status* civil, ocupação e número de filhos) e das famílias (classe socioeconômica e renda mensal). Tais variáveis permitiram a identificação do perfil sociodemográfico das 100 díades avaliadas.

Variáveis clínicas da depressão materna

Para a identificação do perfil clínico da depressão das mães *casos*, os dados fornecidos por elas na SCID permitiram, além da confirmação diagnóstica, a categorização quanto ao diagnóstico dos episódios depressivos (moderados ou graves), número de recorrências de tais episódios (dois episódios bem definidos, três episódios bem definidos ou mais de três), número de internações e de tentativas de suicídio, uso atual de antidepressivo (presente ou ausente), percepção quanto à condição atual das mães e a idade da criança quando da primeira exposição à depressão materna (definida como precoce, quando a primeira exposição ocorreu entre zero e seis anos de idade, ou tardia, quando ocorreu no período escolar).

Variável de desfecho – comportamento das crianças

A ausência ou a presença de dificuldades comportamentais das crianças foi definida como possível desfecho predito pelas variáveis contextuais. As crianças Com Dificuldades foram assim denominadas quando o escore total de problemas no SDQ era > 16 e as Sem Dificuldades, quando o escore total era ≤ 16 .

Variáveis preditoras relativas aos eventos estressores

As variáveis relativas aos eventos estressores englobaram indicadores advindos de diferentes instrumentos, os quais compuseram de forma combinada categorias de análise e subcategorias, distribuídas em cinco temas centrais, conforme quadros a seguir.

EVENTOS ESTRESSORES	
Temas	Categorias (Instrumentos)
Tema 1 - Estressores relativos ao contexto sócio demográfico da família	Baixa escolaridade da mãe (Questionário) Desemprego/perda de emprego (EEA) Condição sócio econômica precária (Entrevista) Superpopulação/membro estranho (EEA) Organização familiar não tradicional (Questionário) Mudança de cidade (EEA)
Tema 2 - Estressores relativos às condições de saúde dos membros da família	Doença grave em familiar próximo (EEA) Alcoolismo da mãe (EEA e EAC) Alcoolismo do pai (EEA e EAC) Abuso de drogas pela mãe (EEA e EAC) Abuso de drogas pelo pai (EEA e EAC) Perda por morte do pai (EEA) Perda por morte de algum dos avós (EEA) Perda por morte de algum dos irmãos (EEA)
Tema 3 - Estressores relativos às interações intrafamiliares	Conflitos familiares (EEA e EAC) Conflitos conjugais (EEA e EAC) Separação dos pais (EEA) Recasamento (EEA) Aumento da ausência do pai e/ou mãe por mais de oito horas por semana (EEA)
Tema 4 - Estressores relativos à saúde e situações escolares da criança	Problemas de saúde graves (EEA e EAC) Piora no relacionamento com os pares na escola (EEA) Problemas de relacionamento na escola com a professora/suspensão (EEA) Dificuldades de aprendizagem (TDE) Mudança de escola (EEA)
Tema 5 - Estressores relativos ao envolvimento de membros familiares com situações de violência e com a lei	Envolvimento de algum dos pais com a criminalidade/justiça (EEA) Violência física/psicológica/sexual contra a criança (Entrevista) Disputa judicial pela guarda da criança (EEA) Ação judicial de alimentos/revisão de alimentos/execução de alimentos (EEA) Vizinhança violenta (Entrevista)

Quadro 4: Composição do conjunto de temas e categorias relativas aos eventos estressores.

*EEA: Escala de Eventos Adversos; EAC: Escala de Adversidades Crônicas; TDE: Teste de Desempenho Escolar.

Cada categoria dos eventos estressores recebeu pontuação entre zero e dois (Apêndice E - Quadro de Codificação das Variáveis Contextuais Relativas aos Eventos Estressores), considerando-se para a elaboração de tal pontuação a ausência e presença do item na vida da família, desde o nascimento da criança avaliada, e a gravidade ou cronicidade do evento.

Estabeleceu-se um escore total ponderado para cada tema definido, obtido pela somatória de pontos nas categorias dividida pelo número total de itens, bem como o escore total ponderado para a variável preditora eventos estressores, obtido pela somatória da pontuação nas categorias dividida pelo total de itens. De forma a melhor visualizar os resultados, os escores ponderados foram multiplicados por cem.

Procedeu-se à concordância quanto aos eventos estressores para 15 díades, tendo por base a avaliação independente de dois avaliadores. O acordo simples entre avaliadores, para a codificação dos eventos estressores, foi de 78%.

Além disso, foram considerados para as análises estatísticas os escores totais ponderados obtidos na EEA e na EAC, dividindo-se o escore obtido pelo escore total de itens de cada instrumento. De forma a codificar tais escores como variáveis dicotômicas a serem testadas também no modelo de predição, procedeu-se ao cálculo da mediana e, com base nesta medida, realizou-se a classificação dos escores iguais ou acima da mediana (com significado negativo) e abaixo da mediana (com significado positivo).

Variáveis preditoras relativas aos recursos do ambiente

Utilizou-se como fonte de informação de indicador de recursos do ambiente familiar o escore total ponderado obtido no RAF, estabelecido pela pontuação em cada item dividida pela pontuação máxima do instrumento. De forma a codificar tais escores como variável dicotômica a ser testada também no modelo de predição, procedeu-se ao cálculo da mediana e, com base nesta medida, realizou-se a classificação dos escores iguais ou acima da mediana (com significado positivo) e abaixo da mediana (com significado negativo).

Variáveis preditoras relativas aos processos de resiliência familiar

Para a codificação de variáveis relativas aos processos de resiliência familiar, utilizou-se os dados obtidos nas entrevistas com Roteiro Semi-Estruturado, desenvolvido especificamente para tal finalidade e aplicado a todas as mães incluídas no estudo.

Todas as entrevistas gravadas, realizadas com as mães *casos* e não *casos*, foram transcritas literalmente e na íntegra. Visando a análise sistemática dos relatos das mães, procedeu-se à análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2009), elaborando-se para tal um protocolo de análise, com a identificação dos temas foco deste estudo e correspondentes subcategorias de análise definidas por Walsh (2005) e estabelecidas *a priori* no presente estudo. Cada categoria foi decomposta em duas subcategorias, de maneira a favorecer o aprofundamento dos dados, conforme o exemplo já apresentado para o sistema de crenças.

A título de exemplificação, destaca-se que para a categoria “projetos familiares realísticos”, estabeleceu-se como subcategorias de análise: a “referência a planos futuros que envolvem ao menos dois membros da família” e a presença de “percepções realísticas e positivas de ações atuais que envolvam ao menos dois membros da família”.

Posteriormente, procedeu-se à leitura flutuante das transcrições, repetidas vezes para impregnação do conteúdo das transcrições pela pesquisadora, a fim de selecionar recortes de conteúdos, ou seja, unidades de análise que registrassem trechos da fala das mães correspondentes às subcategorias relativas aos processos de resiliência. Assim, buscou-se a interpretação das unidades de análise e compreensão dos dados em função do referencial teórico definido *a priori*, delimitando-se o foco de análise aos objetivos propostos (BIASOLI-ALVES, 1998).

Por fim, procedeu-se à codificação final das unidades de análise, alocando-as em dois possíveis critérios que permitissem o tratamento estatístico dos dados, a saber: um ponto quando da identificação da presença de indicador de resiliência familiar e zero pontos quando da ausência de tal indicador para cada item (Apêndice F – Protocolo de Codificação para Categorias e Subcategorias Relativas aos Processos Chave de Resiliência Familiar). Para a pontuação de cada categoria, somou-se o escore obtido nos dois itens correspondentes e, para a identificação do escore ponderado de cada categoria, procedeu-se à somatória dos pontos das categorias, dividido pelo número total de itens. De forma a melhor visualizar os resultados, os escores ponderados foram multiplicados por cem. De forma a codificar tais escores como variáveis dicotômicas a serem testadas também no modelo de predição, procedeu-se ao cálculo da mediana e, com base nesta medida, realizou-se a classificação dos escores iguais ou acima da mediana (com significado positivo) e abaixo da mediana (com significado negativo).

De modo a garantir controle metodológico, procedeu-se à verificação de concordância de codificação das entrevistas com Roteiro Semi-Estruturado entre dois avaliadores independentes, em 28 entrevistas (acordo simples), realizadas junto às mães *casos* e não *casos*. Quando de desacordo, os avaliadores em conjunto estabeleceram a avaliação de consenso, a qual foi considerada para a codificação. O acordo simples entre avaliadores para a codificação dos processos de resiliência familiar foi de 86% para as mães *casos* e de 82% para as mães não *casos*.

Os dados obtidos a partir dos distintos instrumentos foram digitados em planilha do Excel® e, para a análise estatística dos dados, foram considerados os indicadores que caracterizaram os parâmetros tomados como critério para a definição das variáveis de desfecho e das possíveis variáveis preditoras, as quais se configuram, segundo a literatura, como condições que podem influenciar o desenvolvimento infantil.

Tratamento estatístico dos dados

A partir da escolha dos testes estatísticos apropriados, os dados foram submetidos à análise estatística por meio do *software* SAS® 9.0. Para tomada de decisão sobre os testes a serem utilizados para cada conjunto de variáveis, realizou-se inicialmente os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk.

De forma a atingir os objetivos propostos, realizou-se a análise descritiva dos dados referentes às variáveis sociodemográficas, relativas a características das mães, das crianças e das famílias, em termos de frequência e porcentagem, por se tratarem de variáveis categóricas, bem como a análise de regressão logística e Teste Exato de Fisher, para a identificação de associações entre tais variáveis categóricas para as comparações das díades *casos* e não *casos*.

Procedeu-se à análise descritiva também das variáveis do contexto familiar (estressores, recursos e processos de resiliência familiar), em termos de média e desvio padrão, na medida em que se utilizou dados contínuos, além de comparações mediante utilização do Teste *t* de Student, tendo em vista se tratar de uma amostra com distribuição normal. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

A caracterização do perfil comportamental das crianças deu-se mediante análise dos escores (variável contínua) em cada uma das subescalas de dificuldades do SDQ, no total de dificuldades e na subescala relativa aos comportamentos pró-sociais, os quais foram

comparados para as crianças pertencentes às díades *casos* e *não casos* mediante aplicação do Teste *t* de Student. A classificação dos escores das crianças como Com dificuldades e Sem dificuldades foi tratada em termos de frequência e porcentagem para cada uma das subescalas e para o total de dificuldades, procedendo-se a análise das associações para as crianças das díades *casos* e das *não casos* pelo Teste Exato de Fisher.

Testou-se ainda, a relação entre as variáveis sociodemográficas com associação estatisticamente significativa, resultante da comparação das díades *casos* e *não casos*, e a avaliação comportamental das crianças, classificada como Com e Sem dificuldades, mediante análise de regressão logística bivariada, utilizando-se o Teste Exato de Fisher, a fim de avaliar o impacto das primeiras para o comportamento dos escolares independente da exposição da criança à depressão materna.

Para análise do perfil clínico da depressão recorrente, as variáveis relativas à gravidade, recorrência, uso de medicação antidepressiva, percepção da condição materna atual e época da primeira exposição da criança à depressão materna foram descritas em termos de frequência e porcentagem para as mães *casos* (n=50).

Quanto ao segundo objetivo proposto, procedeu-se à análise de regressão logística a fim de se verificar as associações, com significância estatística, das variáveis sociodemográficas e do ambiente familiar para o comportamento das crianças, classificadas como Com dificuldade e Sem dificuldade. Utilizou-se também o Teste Exato de Fisher para a análise das variáveis categóricas (sociodemográficas) e do Teste *t* de Student para o tratamento dos dados que incluíram valores contínuos (variáveis relativas ao ambiente familiar).

A partir da identificação de variáveis do ambiente familiar com associações significativas para os desfechos das crianças e de forma a atender aos objetivos deste trabalho, definiu-se, com base em critérios teóricos e na hipótese formulada de que o acúmulo de estressores associados à depressão materna teria seu impacto diminuído pela presença de recursos relativos à resiliência familiar. A fim de se avaliar a força da associação entre as variáveis relativas aos recursos do ambiente familiar, incluindo o escore total ponderado do RAF e os processos de resiliência familiar, procedeu-se ao teste de correlação de Pearson.

Inclui-se as variáveis a serem testadas nos modelos de predição: a depressão materna, o total de estressores e o total de processos de resiliência. E, após definição das

variáveis preditoras a serem incluídas no modelo de predição, procedeu-se à análise estatística de colinearidade mediante aplicação do coeficiente de Pearson entre as variáveis relativas ao total dos estressores e ao total dos processos de resiliência familiar. Considerou-se como nível de tolerância aceitável associações com valores até 0,70, sendo condição para exclusão no modelo de análise as correlações muito fortes, conforme classificação de Primi, Muniz e Nunes (2009), garantindo-se que uma variável preditora não estava sendo explicada por outra, definida *a priori* como preditora. A correlação entre as variáveis incluídas tiveram significância estatística, mas com efeito baixo a moderado (-0,2673; $p=0,0072$) sendo, portanto consideradas como independentes.

No primeiro modelo testado, utilizou-se a análise de regressão logística multivariada e do Teste Exato de Fisher, para avaliar o peso das variáveis codificadas de forma dicotômica para os desfechos de comportamento das crianças.

No segundo modelo de predição, a depressão materna foi testada em conjunto com os escores totais dos estressores e dos processos de resiliência familiar (variáveis contínuas), mediante aplicação da Estimativa de Máxima Verossimilhança, comparando-se os parâmetros das variáveis.

Para a quantificação das associações, mensuradas por meio de modelos de regressão logística (HOSMER; LEMESHOW, 1989), calculou-se o *Odds Ratio* (O.R.) bruto e ajustado, com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A medida de razão de chances (O.R.) é definida como a probabilidade de que um evento ocorra dividido pela probabilidade de que não ocorra em um determinado grupo, sendo que números maiores que um ($O.R.>1$) indicam que a exposição a determinado evento se configura em condição de risco e números menores que um ($O.R.<1$) sinalizam para o evento como condição protetora para a variável predita (VIEIRA, 1991). Quando o *Odds Ratio* tem valor igual a um concluiu-se que a exposição ao evento é igual para qualquer participante incluído na amostra. O *Odds Ratio* ajustado, calculado na análise de regressão logística multivariada, permitiu ainda identificar as chances de uma variável explicar o desfecho infantil na presença de outras variáveis preditoras, condição relevante no contexto de estudo em questão, na medida em que se propôs avaliar a associação da depressão materna a outras condições do ambiente familiar para a compreensão dos desfechos comportamentais de crianças que convivem neste ambiente.

4 Resultados

Os resultados serão apresentados em três tópicos, atendendo aos objetivos do estudo. Primeiramente, serão apresentados os dados relativos aos perfis das díades *casos* e *não casos* quanto às características sociodemográficas e do ambiente familiar, incluindo os estressores, os recursos e os processos de resiliência familiar, sendo apresentado ainda o perfil comportamental das crianças quanto aos indicadores relativos ao comportamento e, para as díades *casos*, o perfil clínico relativo às características da depressão. No segundo tópico, apresentar-se-á as associações entre variáveis sociodemográficas e do ambiente familiar e os desfechos das crianças quanto ao comportamento (Com e Sem dificuldade). Os dados relativos aos modelos de predição testados para o desfecho das crianças estarão encartados no terceiro tópico.

4.1 Perfis das díades *casos* e *não casos*

Perfil sociodemográfico

Foram avaliadas 100 díades mães-crianças, sendo 50 mulheres com diagnóstico de depressão recorrente e outras 50 mulheres sem transtornos psiquiátricos. A caracterização do perfil sociodemográfico relativo às variáveis das crianças, dessas mães e das famílias incluídas no estudo e as comparações entre as díades cujas crianças conviviam com a depressão materna (*casos*) e aquelas que não conviviam com mães com transtornos psiquiátricos (*não casos*), estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e comparações entre variáveis relativas a características das crianças, mães e famílias para as díades *casos* (n=50) e *não casos* (n=50).

	CASOS (n=50)	NÃO CASOS (n=50)	TOTAL (n=100)			
VARIÁVEIS	f (%)	f (%)	f (%)	O.R. Bruto	IC (95%)	p-valor*
CRIANÇAS						
Idade (anos)						
07 a 09	24 (48,00)	26 (52,00)	50 (50,00)	1,000	Referência	0,8416
10 a 12	26 (52,00)	24 (48,00)	50 (50,00)	1,174	(0,535 ; 2,572)	
Gênero						
Masculino	24 (48,00)	26 (52,00)	50 (50,00)	1,000	Referência	0,8416
Feminino	26 (52,00)	24 (48,00)	50 (50,00)	1,174	(0,535 ; 2,572)	
Escolaridade						
1º a 5º ano	29 (58,00)	32 (64,00)	61 (61,00)	1,000	Referência	0,682
6º a 9º ano	21 (42,00)	18 (36,00)	39 (39,00)	1,287	(0,575 ; 2,881)	
MÃES						
Idade (anos)						
25 a 35	23 (46,00)	26 (52,00)	49 (49,00)	1,000	Referência	0,6893
36 a 45	27 (54,00)	24 (48,00)	51 (51,00)	1,271	(0,580 ; 2,789)	
Escolaridade (anos)						
Até 8	31 (62,00)	13 (26,00)	44 (44,00)	4,644	(1,981 ; 10,883)	<0,001
Mais de 8	19 (38,00)	37 (74,00)	56 (56,00)	1,000	Referência	
Constituição familiar						
Monoparental	33 (66,00)	03 (06,00)	36 (36,00)	30,41	(8,242 ; 112,209)	<0,001
Biparental	17 (34,00)	47 (94,00)	64 (64,00)	1,000	Referência	
Ocupação						
Assalariada	27 (54,00)	36 (72,00)	63 (63,00)	1,000	Referência	0,0789
Recebe benefício	06 (12,00)	01 (02,00)	07 (07,00)	7,996	(0,909 ; 70,351)	
Sem trabalho	17 (34,00)	13 (26,00)	30 (30,00)	1,744	(0,725 ; 4,194)	
Número de Filhos						
1 a 3	40 (80,00)	47 (94,00)	87 (87,00)	1,000	Referência	0,0713
4 a 5	10 (20,00)	03 (06,00)	13 (13,00)	3,917	(1,008 ; 15,220)	
FAMÍLIA						
Classe						
Socioeconômica**						
A e B	19 (38,00)	39 (78,00)	58 (58,00)	1,000	Referência	<0,001
C e D	31 (62,00)	11 (22,00)	42 (42,00)	5,785	(2,400 ; 13,942)	
Renda Mensal***						
< 3 salários mínimos	26 (54,20)	14 (28,00)	40 (40,82)	3,039	(1,314 ; 7,030)	0,0132
≥ 3 salários mínimos	22 (45,80)	36 (72,00)	58 (59,18)	1,000	Referência	

*p-valor para o Teste Exato de Fisher / $p \leq 0,05$.

**Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP.

*** Calculada em salário mínimo, vigente à época da entrevista.

f = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança

Foram avaliadas e incluídas neste estudo 100 crianças, de ambos os sexos, com idades entre sete anos e três meses a 12 anos e nove meses e média de idade de 9,9 anos (d.p.=1,68), estudantes do ensino fundamental regular, não sendo identificadas diferenças significativas para tais variáveis sociodemográficas relativas às crianças para as díades *casos* e *não casos*. A maioria das crianças (61%) encontrava-se nos anos iniciais da escolarização (1º ao 5º ano), tanto nas díades *casos* quanto nas *não casos*.

As 100 mulheres/mães que compuseram a amostra apresentaram idade média de 36,3 anos (d.p.=5,04), variando de 25 a 45 anos, sendo a idade média das mães das díades *casos* de 36,3 anos (d.p.= 5,16) e das díades *não casos* de 35,9 anos (d.p.=4,94). Em relação à idade das mães das díades *casos* e *não casos*, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, assim como para ocupação das mães e número de filhos. Verificou-se o predomínio de mulheres que referiram exercer alguma atividade profissional remunerada tanto para as mães *casos* (54%) quanto para as *não casos* (72%) e mães com até três filhos, em 40% da amostra para as *casos* e em 47% das *não casos*.

Para as demais variáveis sociodemográficas, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas para as díades *casos* e *não casos*. A maioria das mães (56%) informou ter mais de oito anos de estudo (ensino fundamental), sendo que 74% das díades *não casos* relataram escolaridade correspondente ao ensino médio ou superior enquanto que 62% das mães *casos* referiram ter até oito anos de estudo.

Quanto à constituição familiar, definida tendo por critério o estado civil da mãe, verificou-se no total da amostra o predomínio de mulheres casadas ou vivendo em união estável (64%), entretanto, quando da comparação entre as díades observou-se que, para as mães *casos*, o predomínio foi de mulheres como únicas responsáveis por suas famílias (66% das mães) enquanto que, para as mães *não casos*, as mães em sua maioria convivia com seus companheiros ou maridos (94% das mães).

Em relação à classificação socioeconômica das famílias e à renda mensal, identificou-se que a maioria das díades, no total da amostra, foram incluídas nas classes A e B (58%) e relataram renda maior que três salários mínimos vigentes (59,18%). Para as díades *casos*, a maioria das famílias, todavia foi incluída nas classes C e D (62%) e afirmou, predominantemente, renda de até três salários mínimos (cerca de 53%).

Caracterização do ambiente familiar – estressores, recursos e processos de resiliência familiar

O perfil relativo ao contexto familiar das díades incluiu as características do ambiente familiar quanto aos eventos estressores (escores relativos aos temas elencados e ao total ponderado de eventos), aos escores totais ponderados obtidos nas escalas EEA, EAC e RAF, bem como aos processos de resiliência familiar (escores relativos aos temas elencados e ao total ponderado dos processos). Para avaliação das categorias referentes aos processos de resiliência, as entrevistas com Roteiro Semi-Estruturado pautaram-se em questões associadas à depressão materna, para as díades *casos*, e à identificação de estressores pessoais ou relativos à família, ao trabalho e aos amigos e seu impacto para o contexto familiar, para as díades *não casos*. Todas as mães das díades *não casos* identificaram eventos estressores relevantes em sua história de vida, com destaque para situações de perda de entes queridos, dificuldades no contexto laboral (trabalho exercido fora de casa) e dificuldades interpessoais no contexto familiar (família constituída e/ou de origem), os quais foram associados a eventos cotidianos, mudanças na rotina, educação de filhos, e a problemas com abuso de álcool por parte do marido ou companheiro.

A Tabela 2 apresenta a caracterização desse perfil e as comparações das variáveis do contexto familiar, considerando a exposição da criança à depressão materna recorrente (díades *casos*) e a convivência com mães sem transtornos psiquiátricos (díades *não casos*).

Tabela 2 – Caracterização do ambiente familiar relativo aos estressores, recursos e processos de resiliência familiar e suas comparações para as díades *casos* (n=50) e as *não casos* (n=50).

	CASOS (n=50)	NÃO CASOS (n=50)	TOTAL (n=100)		
VARIÁVEIS	Média (d.p.)	Média (d.p.)	Média (d.p.)	Teste	p-valor*
ESTRESSORES					
Sociodemográficos	36,00 (18,00)	18,00 (14,00)	27,00 (18,00)	-5,42	<0,0100
Saúde – família	12,00 (09,00)	09,00 (09,00)	10,00 (09,00)	-1,44	0,1536
Interações	24,00 (23,00)	23,00 (24,00)	23,00 (23,00)	0,26	0,7976
Criança	27,00 (15,00)	21,00 (14,00)	24,00 (14,00)	-2,03	0,0451
Violência/lei	23,00 (07,00)	10,00 (13,00)	17,00 (12,00)	5,99	<0,0001
Total estressores	21,00 (10,00)	18,00 (08,00)	19,00 (09,00)	-1,87	0,0643
EEA	14,08 (05,12)	08,47 (04,07)	11,21 (05,42)	-6,03	<0,0100
EAC	03,92 (01,82)	02,22 (01,61)	03,07 (01,78)	-4,96	<0,0100
RAF	57,77 (10,49)	62,12 (08,66)	59,94 (09,87)	2,26	0,0258
RESILIÊNCIA FAMILIAR					
Sistema de crenças	64,00 (17,00)	77,00 (19,00)	70,00 (19,00)	3,59	0,0005
Padrões organizacionais	68,00 (19,00)	83,00 (11,00)	76,00 (17,00)	4,68	<0,0001
Processos de comunicação	61,00 (23,00)	82,00 (20,00)	71,00 (24,00)	4,94	<0,0001
Total processos resiliência	65,00 (17,00)	81,00 (13,00)	73,00 (17,00)	5,36	<0,0001

*p-valor para o Teste *t* de Student; $p \leq 0,05$.

d.p. = desvio padrão; EEA = Escala de Eventos Adversos; EAC = Escala de Adversidades Crônicas; RAF = Inventário de Recursos do Ambiente Familiar.

As variáveis relativas ao ambiente familiar referem-se aos estressores codificados e às escalas de eventos adversos (EEA e EAC) bem como aos recursos do ambiente familiar (RAF) e aos processos de resiliência familiar.

Identificou-se diferenças estatisticamente significativas na comparação entre as médias das díades *casos* e *não casos* quanto aos estressores sociodemográficos e aos estressores envolvendo eventos incidindo sobre a criança e relativos à violência e problemas dos pais com a lei/polícia. Observou-se tal significância também para as escalas específicas, EEA, EAC e RAF, bem como para os três processos de resiliência familiar e para o total relativo a tais processos.

Perfil comportamental das crianças

O perfil comportamental das crianças será apresentado para cada subescala do SDQ e para o total de problemas, estando os indicadores descritivos (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo obtidos nos escores, frequência e porcentagem) inseridos na

Tabela 3 e as comparações para as crianças das díades *casos* e *não casos*, quanto à presença ou ausência de dificuldades em cada subescala do SDQ, apresentadas na Tabela 4.

Tabela 3 – Caracterização e comparação do perfil comportamental das crianças *casos* e *não casos* quanto aos escores das subescalas e total de dificuldades no SDQ (n=100).

SDQ	CASOS (n=50)		NÃO CASOS (n=50)		Teste	p-valor*
	Média (d.p.)	Mediana (Mín-Máx)	Média (d.p.)	Mediana (Mín-Máx)		
DIFICULDADES						
Sintomas emocionais	5,20 (2,60)	5,00 (0,00-10,00)	2,80 (3,30)	3,00 (0,00-8,00)	-4,88	<0,0001
Problemas de conduta	2,54 (2,26)	2,00 (0,00-8,00)	1,82 (1,90)	1,00 (0,00-7,00)	-1,72	0,0880
Hiperatividade	4,74 (3,20)	5,00 (0,00-10,00)	3,22 (3,16)	2,00 (0,00-10,00)	-2,39	0,0188
Relacionamento com colegas	2,62 (1,82)	2,00 (0,00-9,00)	1,24 (1,57)	1,00 (0,00-6,00)	-4,06	<0,0001
TOTAL DIFICULDADES	15,12 (6,92)	15,00 (1,00-29,00)	9,08 (6,64)	8,00 (0,00-30,00)	-4,46	<0,0001
RECURSOS						
Comportamento pró- social	8,50 (1,61)	9,00 (5,00-10,00)	9,10 (1,45)	10,00 (5,00-10,00)	1,96	0,0525

* p-valor para o Teste t de Student; $p \leq 0,05$.

SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; d.p. = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo.

Para todas as subescalas de dificuldades, observou-se escores maiores (média e mediana) para as crianças incluídas nas díades *casos* em todas as subescalas de problemas de comportamento e no total de problemas, obtido pela somatória de escores das quatro subescalas de problemas do SDQ. Verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as díades *casos* e *não casos* quanto ao comportamento das crianças para o total de dificuldades e em três subescalas de problemas, relativas a sintomas emocionais, hiperatividade e relacionamento com colegas e no total de dificuldades.

Quanto à subescala que avalia a presença de recursos pró-sociais, verificou-se que a média e a mediana das crianças incluídas nas díades *casos* foram menores que nas *não casos*, com tendência à diferença estatisticamente significativa.

A distribuição das crianças quanto à classificação Com dificuldades e Sem dificuldades, definida pelas notas de corte do instrumento quanto aos escores obtidos nas subescalas e no total de problemas no SDQ, está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização e comparação do perfil comportamental das crianças *casos* e *não casos* quanto à ausência ou presença de dificuldades (Sem dificuldades e Com dificuldades, respectivamente) nas subescalas e no total de problemas do SDQ (n=100).

SDQ	CASOS (n=50)	NÃO CASOS (n=50)	TOTAL (n=100)	O.R. Bruto	IC (95%)	p-valor*
	f (%)	f (%)	f (%)			
DIFICULDADES						
Sintomas emocionais						
Sem dificuldades	16 (32,00)	38 (76,00)	54 (54,00)	1,000	Referência	<0,001
Com dificuldades	34 (68,00)	12 (24,00)	46 (46,00)	6,729	(2,791 ; 16,222)	
Problemas de conduta						
Sem dificuldades	36 (72,00)	42 (84,00)	78 (78,00)	1,000	Referência	0,2270
Com dificuldades	14 (28,00)	08 (16,00)	22 (22,00)	2,042	(0,769 ; 5,419)	
Hiperatividade						
Sem dificuldades	35 (70,00)	43 (86,00)	78 (78,00)	1,000	Referência	0,0897
Com dificuldades	15 (30,00)	07 (14,00)	22 (22,00)	2,632	(0,966 ; 7,169)	
Relacionamento com colegas						
Sem dificuldades	35 (70,00)	47 (94,00)	82 (82,00)	1,000	Referência	0,0033
Com dificuldades	15 (30,00)	03 (06,00)	18 (18,00)	6,713	(1,803 ; 24,993)	
TOTAL DIFICULDADES						
Sem dificuldades	29 (58,00)	41 (82,00)	70 (70,00)	1,000	Referência	0,0156
Com dificuldades	21 (42,00)	09 (18,00)	30 (30,00)	3,299	(1,322 ; 8,231)	
RECURSOS						
Comportamento pró-social						
Sem dificuldades	50 (50,00)	50 (50,00)	100 (100,00)	-	-	-
Com dificuldades	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	-	-	-

*p-valor referente ao teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$.

SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O.R. = *Odds Ratio*; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Quanto aos indicadores de dificuldades no comportamento, a maioria das crianças foi classificada como Sem dificuldades para o total de problemas (70%) e para cada uma das quatro subescalas de dificuldades. Das 30 crianças classificadas como Com dificuldade, a maioria convivia com mães com depressão (70% dessas crianças pertenciam às díades *casos*) e, quando da comparação de tal classificação entre as díades *casos* e *não casos*, observou-se diferenças estatísticas significativas quanto ao total de dificuldades e a duas subescalas relativas às dificuldades, a saber: sintomas emocionais e relacionamento com colegas do SDQ. Para a subescala de comportamento pró-social, verificou-se que todas as crianças (100%) foram classificadas como Sem dificuldades.

Considerando as diferenças estatisticamente significativas entre as díades *casos* e *não casos*, apresentadas no primeiro tópico quanto à escolaridade e estado civil das mães e

à classe socioeconômica e à renda mensal das famílias, procedeu-se a análise de regressão logística bivariada, a fim de avaliar o peso da influência da menor escolaridade da mãe, de mais mães solteiras/separadas/viúvas e de menos recursos sócio econômicos das díades *casos* para o comportamento das crianças. Realizou-se tal análise quanto ao total de dificuldades no SDQ e às subescalas sintomas emocionais, hiperatividade e relacionamento com colegas, para os quais identificou-se diferenças estatísticas significativas para as díades *casos* e *não casos*, quando da comparação entre as médias dos escores, de forma a ajustar os dados relativos ao comportamento das crianças das díades *casos* obtidos pelo SDQ, para as variáveis sociodemográficas apontadas.

A Tabela 5 apresenta a análise de regressão bivariada para as variáveis sociodemográficas e o escore total de problemas de comportamento (SDQ).

Tabela 5 – Análise de regressão logística bivariada entre variáveis sociodemográficas (escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar) e o desfecho comportamento (Sem dificuldades e Com dificuldades), relativo ao escore total obtido pelas crianças das díades *casos* no SDQ (n=50).

VARIÁVEIS	SDQ – TOTAL DIFICULDADES			O.R. Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Sem dif.	Com dif.	Total			
	(n=29)	(n=21)	(n=50)			
	f (%)	f (%)	f (%)			
MÃE						
Escolaridade (anos)						
≤ 8 anos	16 (32,00)	15 (30,00)	31 (62,00)	2,031	(0,614 ; 6,721)	0,3764
> 8 anos	13 (26,00)	6 (12,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	
Estado Civil						
Monoparental	20 (40,00)	13 (26,00)	33 (66,00)	1,000	Referência	0,7635
Biparental	09 (18,00)	08 (16,00)	17 (34,00)	1,368	(0,420 ; 4,455)	
FAMÍLIA						
Classe Socioeconômica**						
A e B	13 (26,00)	06 (12,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	0,3764
C e D	16 (32,00)	15 (30,00)	31 (62,00)	2,031	(0,614 ; 6,721)	
Renda Mensal***						
< 3 salários mínimos	13 (26,53)	14 (28,57)	27 (55,10)	2,307	(0,714 ; 7,453)	0,2460
≥ 3 salários mínimos	15 (30,61)	07 (14,29)	22 (44,90)	1,000	Referência	

* p-valor referente ao teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$.

**Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP.

*** Calculada em salário mínimo, vigente à época da entrevista.

SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; dif. = dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

A análise de regressão logística bivariada evidenciou não haver diferença estatisticamente significativa quando da associação entre as variáveis sociodemográficas testadas e o escore total de dificuldades no SDQ para as crianças das díades *casos*. Verificou-se, assim, que a menor escolaridade das mães, mais mães solteiras/separadas/viúvas e menos recursos sócio econômicos nas díades *casos* não explicou a presença de mais dificuldades de comportamento, evidenciando que as diferenças, quanto ao perfil comportamental para as crianças *casos*, independeu das variáveis sociodemográficas testadas.

A Tabela 6 apresenta a análise de regressão bivariada para as variáveis sociodemográficas e o escore da subescala sintomas emocionais (SDQ).

Tabela 6 – Análise de regressão logística bivariada entre variáveis sociodemográficas (escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar) e o desfecho comportamento (Com dificuldades e Sem dificuldades), relativo ao escore da subescala sintomas Emocionais obtido no SDQ pelas crianças das díades *casos* no SDQ (n=50).

VARIÁVEIS	SDQ – SINTOMAS EMOCIONAIS			O.R. Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Sem dif.	Com dif.	Total			
	(n=16)	(n=34)	(n=50)			
	f (%)	f (%)	f (%)			
MÃE						
Escolaridade (anos)						
≤ 8 anos	07 (14,00)	24 (48,00)	31 (62,00)	3,086	(0,899 ; 10,587)	0,1171
> 8 anos	09 (18,00)	10 (20,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	
Estado Civil						
Monoparental	10 (20,00)	23 (46,00)	33 (46,00)	1,255	(0,363 ; 4,341)	0,7568
Biparental	06 (12,00)	11 (22,00)	17 (34,00)	1,000	Referência	
FAMÍLIA						
Classe Socioeconômica**						
A e B	07 (14,00)	12 (24,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	0,7556
C e D	09 (18,00)	22 (44,00)	31 (62,00)	1,426	(0,424 ; 4,794)	
Renda Mensal***						
< 3 salários mínimos	08 (16,33)	19 (38,78)	27 (55,10)	1,108	(0,327 ; 3,752)	1,0000
≥ 3 salários mínimos	07 (14,29)	15 (30,61)	22 (44,90)	1,000	Referência	

* p-valor referente ao teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$.

**Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP.

*** Calculada em salário mínimo, vigente à época da entrevista.

SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; dif. = dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Para as associações entre as variáveis sociodemográficas testadas e as classificações Com e Sem dificuldades na subescala de sintomas emocionais do SDQ, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas para as crianças das díades *casos*, observando então que a menor escolaridade das mães, mais mães solteiras/separadas/viúvas e menos recursos sócio econômicos de tais díades não explicou a presença de mais dificuldades de comportamento relativo a sintomas emocionais. Destaca-se, pois, que as diferenças quanto ao perfil comportamental quanto a problemas emocionais para as crianças *casos* independeu das variáveis sociodemográficas testadas.

A Tabela 7 apresenta a análise de regressão bivariada para as variáveis sociodemográficas e o escore da subescala relacionamento com colegas (SDQ).

Tabela 7 – Análise de regressão logística bivariada entre variáveis sociodemográficas (escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar) e o desfecho comportamento (Com dificuldades e Sem dificuldades), relativo ao escore da subescala relacionamento com colegas, obtido no SDQ pelas crianças das díades *casos* (n=50).

VARIÁVEIS	SDQ – RELACIONAMENTO COM COLEGAS			O.R. Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Sem dif. (n=35)	Com dif. (n=15)	Total (n=50)			
	f (%)	f (%)	f (%)			
MÃE						
Escolaridade (anos)						
Até 8	19 (38,00)	12 (24,00)	31 (62,00)	3,368	(0,807 ; 14,065)	0,1171
Mais de 8 anos	16 (32,00)	03 (06,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	
Estado Civil						
Monoparental	24 (48,00)	09 (18,00)	33 (66,00)	1,000	Referência	0,7455
Biparental	11 (22,00)	06 (12,00)	17 (34,00)	1,455	(0,414 ; 5,105)	
FAMÍLIA						
Classe Socioeconômica**						
A e B	15 (30,00)	04 (08,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	0,3513
C e D	20 (40,00)	11 (22,00)	31 (62,00)	2,062	(0,548 ; 7,766)	
Renda Mensal***						
< 3 salários mínimos	16 (32,65)	11 (22,45)	27 (55,10)	3,094	(0,820 ; 11,672)	0,1231
≥ 3 salários mínimos	18 (36,73)	04 (08,16)	22 (44,90)	1,000	Referência	

* p-valor referente ao teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$.

**Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP.

*** Calculada em salário mínimo, vigente à época da entrevista.

SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; dif. = dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

A análise de regressão logística bivariada indicou não haver diferenças estatisticamente significativas quando da associação entre as variáveis sociodemográficas testadas e as classificações Com e Sem dificuldades para a subescala de problemas de relacionamento com colegas no SDQ, obtidas pelas crianças das díades *casos*.

Verificou-se, mediante as análises de regressão logística bivariada, que a menor escolaridade das mães, mais mães solteiras/separadas/viúvas e menos recursos socioeconômicos nas díades *casos* não explicou a presença de mais dificuldades de comportamento relativo a problemas de relacionamento com os pares, independeu das variáveis sociodemográficas testadas, como evidenciado também para o escore total e subescala de sintomas emocionais.

Perfil clínico das mães casos

O perfil clínico relativo à depressão materna será apresentado exclusivamente para as mães *casos*, pois as participantes *não casos* não apresentavam indicadores clínicos de depressão nem de outro transtorno mental, como definido nos critérios de inclusão no estudo.

Na Tabela 8, apresentar-se-á as variáveis relativas às características clínicas da depressão apresentadas pelas mães das díades *casos*.

Tabela 8 – Perfil clínico das mães casos (n=50) relativo a características da depressão (gravidade e recorrência), ao uso de medicação antidepressiva, à percepção materna da condição atual e ao período de exposição inicial da criança a tal transtorno.

VARIÁVEIS		f (%)
DIAGNÓSTICO*		
	Episódio Moderado	38 (76,00)
	Episódio Grave sem Sintomas Psicóticos	05 (10,00)
	Episódio Grave com Sintomas Psicóticos	07 (14,00)
INTERNAÇÕES		
	Ausentes	43 (86,00)
	Presentes	07 (14,00)
TENTATIVAS DE SUICÍDIO		
	Ausentes	41 (82,00)
	Presentes	09 (18,00)
OCORRÊNCIAS		
	2 episódios	16 (32,00)
	3 episódios	07 (14,00)
	Mais de 3 episódios	27 (54,00)
USO ATUAL – ANTIDEPRESSIVO		
	Presente	39 (78,00)
	Ausente	11 (23,00)
PERCEPÇÃO DA CONDIÇÃO ATUAL		
	Positiva	16 (32,00)
	Prejuízos ou recaídas	34 (68,00)
IDADE DE EXPOSIÇÃO DA CRIANÇA À DEPRESSÃO		
	Precoce (até idade pré-escolar)	36 (72,00)
	Tardia (idade escolar)	14 (28,00)

*Classificação diagnóstica da depressão, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão, CID-10.

f = frequência; % = porcentagem.

Todas as mães avaliadas e incluídas nas díades *casos*, como critério do estudo, apresentaram a classificação diagnóstica de Transtorno Depressivo Recorrente e estavam em remissão da sintomatologia nos últimos seis meses. Em 76% das díades, o episódio depressivo de maior gravidade foi classificado como moderado e, das 24% das mães que apresentaram episódio grave, 14% tiveram em algum momento da vida sintomas psicóticos e 10% não apresentaram tais sintomas. Destaca-se que sete mães (14%) passaram por pelo menos uma internação psiquiátrica em decorrência da sintomatologia depressiva e que nove mães (18%) relataram pelo menos uma tentativa de suicídio nos anos anteriores à coleta.

Quanto à recorrência dos episódios, identificou-se que 54% das mães apresentaram mais de três episódios depressivos e que as demais mães apresentaram dois (32%) ou três (14%) episódios, após o nascimento da criança incluída no estudo.

A maioria das mães *casos* (78%) informou estar em uso de antidepressivo no momento da avaliação, associado ou não a outras medicações psiquiátricas. Das 50 mães *casos*, 68% delas apresentaram uma autopercepção relativa de sua condição pois, após o início do transtorno depressivo, tiveram prejuízos ou recaídas decorrentes da sintomatologia, se contrapondo a 32% que avaliaram seu estado atual como positivo.

Identificou-se, ainda, que 72% das crianças avaliadas e incluídas foram expostas à depressão materna pela primeira vez antes da idade escolar e que 28% já se encontravam no período escolar, iniciando o convívio com a depressão materna após os sete anos de idade.

4.2 Associações entre variáveis sociodemográficas e do ambiente familiar e os desfechos das crianças

Os resultados relativos às associações com o desfecho comportamento das crianças (Com e Sem dificuldades de comportamento) serão apresentados separadamente quanto às variáveis sociodemográficas, à depressão materna e às variáveis do ambiente familiar.

Variáveis sociodemográficas e o desfecho comportamento

Na Tabela 9, apresentar-se-á os dados referentes às associações entre as variáveis sociodemográficas das crianças, das mães e das famílias e o comportamento das crianças.

Tabela 9 – Associações entre variáveis sociodemográficas e o desfecho comportamento das crianças (Sem dificuldades e Com dificuldades), obtido pelo escore total de dificuldades no SDQ (n=100).

VARIÁVEIS	SDQ – TOTAL DIFICULDADES			O.R. Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Sem dif.	Com dif.	Total			
	(n=70)	(n=30)	(n=100)			
f (%)	f (%)	f (%)				
CRIANÇAS						
Idade (anos)						
07 a 09	35 (35,00)	15 (15,00)	50 (50,00)	1,000	(0,425 ; 2,352)	1,0000
10 a 12	35 (35,00)	15 (15,00)	50 (50,00)	1,000	Referência	
Gênero						
Masculino	37 (37,00)	13 (13,00)	50 (50,00)	1,000	Referência	0,5131
Feminino	33 (33,00)	17 (17,00)	50 (50,00)	1,466	(0,620 ; 3,469)	
Escolaridade						
1º a 5º ano	43 (43,00)	18 (18,00)	61 (61,00)	1,000	Referência	1,0000
6º a 9º ano	27 (27,00)	12 (12,00)	39 (39,00)	1,062	(0,443 ; 2,546)	
MÃES						
Idade (anos)						
25 a 35	35 (35,00)	14 (14,00)	49 (49,00)	1,000	Referência	0,8290
36 a 45	35 (35,00)	16 (16,00)	51 (51,00)	1,143	(0,485 ; 2,692)	
Escolaridade (anos)						
Até 8	25 (25,00)	19 (19,00)	44 (44,00)	3,109	(1,278 ; 7,564)	0,0153
Mais de 8	45 (45,00)	11 (11,00)	56 (56,00)	1,000	Referência	
Constituição familiar						
Monoparental	22 (22,00)	14 (14,00)	36 (36,00)	1,909	(0,794 ; 4,589)	0,1753
Biparental	48 (48,00)	16 (16,00)	64 (64,00)	1,000	Referência	
Ocupação						
Assalariada	44 (44,00)	19 (19,00)	63 (63,00)	1,419	(0,521 ; 3,867)	0,2572
Recebe benefício	03 (03,00)	04 (04,00)	07 (07,00)	4,381	(0,785 ; 24,453)	
Sem trabalho	23 (23,00)	07 (07,00)	30 (30,00)	1,000	Referência	
Número de Filhos						
1 a 3	61 (61,00)	26 (26,00)	87 (87,00)	1,000	Referência	1,0000
4 a 5	09 (09,00)	04 (04,00)	13 (13,00)	1,043	(0,295 ; 3,692)	
FAMÍLIA - Classe Socioeconômica**						
A e B	44 (44,00)	14 (14,00)	58 (58,00)	1,000	Referência	0,1845
C e D	26 (26,00)	16 (16,00)	42 (42,00)	1,934	(0,814 ; 4,597)	
Renda Mensal***						
< 3 salários	24 (24,49)	16 (16,33)	40 (40,82)	2,308	(0,954 ; 5,585)	0,0740
≥ 3 salários	45 (45,92)	13 (13,27)	58 (59,18)	1,000	Referência	

*p-valor para o Teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$; **Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP; *** Calculada em salário mínimo, vigente à época da entrevista. SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; dif. = dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Para a associação entre as variáveis sociodemográficas das mães, crianças e famílias e o desfecho comportamento das crianças, verificou-se diferença estatística significativa apenas para a escolaridade materna, observando-se que crianças que convivem com mães com menos escolaridade (até oito anos de estudo) tiveram cerca de três vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento quando comparadas àquelas cujas mães possuem mais anos de estudo formal.

Apesar de não terem sido observadas outras diferenças significativas, destaca-se tendência das crianças, cujas mães recebiam benefícios governamentais e cujas famílias possuíam renda inferior a três salários mínimos, de terem mais chances de apresentarem problemas de comportamento quando comparadas àquelas que conviviam com mães que trabalhavam no contexto doméstico (do lar, exclusivamente) ou fora do lar regularmente, e àquelas cujas famílias recebiam renda mensal de mais de três salários mínimos.

Depressão materna e comportamento das crianças

Quanto à variável depressão materna, identificou-se associação com significância estatística para o desfecho comportamento das crianças quando da presença de tal psicopatologia (O. R. = 3,299, IC 95% = 1,322-8,231; $p = 0,0156$, pelo Teste Exato de Fisher), sendo que as crianças que conviviam com a depressão materna tiveram três vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento quando comparadas àquelas que não conviviam com tal adversidade.

Variáveis do ambiente familiar e comportamento das crianças

As demais variáveis do ambiente familiar, relativas aos estressores, aos recursos e aos processos de resiliência familiar, estão apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 – Associações entre variáveis do ambiente familiar, relativas aos estressores, recursos e processos de resiliência familiar, e o desfecho comportamento das crianças (Sem dificuldades e Com dificuldades), obtido pelo escore total de dificuldades no SDQ (n=100).

VARIÁVEIS	SDQ – TOTAL DIFICULDADES			Teste	p-valor*
	Sem dif.	Com dif.	Total		
	(n=70)	(n=30)	(n=100)		
	Média (d.p.)	Média (d.p.)	Média (d.p.)		
ESTRESSORES					
Sociodemográficos	25,00 (17,00)	31,00 (20,00)	27,00 (18,00)	-1,40	0,1652
Saúde – família	10,00 (09,00)	09,00 (09,00)	10,00 (09,00)	-0,06	0,9484
Interações	22,00 (23,00)	25,00 (24,00)	23,00 (23,00)	-0,60	0,5502
Criança	20,00 (13,00)	35,00 (12,00)	24,30 (14,38)	-5,49	<0,0001
Violência/lei	17,00 (11,00)	16,00 (13,00)	17,00 (12,00)	0,09	0,9271
Total estressores	18,00 (09,00)	23,00 (09,00)	19,00 (09,00)	-2,23	0,0282
EEA	10,19 (04,95)	13,87 (05,59)	11,30 (04,26)	-3,25	0,0015
EAC	02,74 (01,90)	03,83 (01,72)	03,07 (01,78)	-2,70	0,0082
RAF	61,32 (9,17)	56,73 (10,67)	59,94 (9,87)	2,18	0,0314
RESILIÊNCIA FAMILIAR					
Sistema de crenças	73,00 (18,00)	65,00 (20,00)	70,00 (19,00)	1,82	0,0742
Padrões organizacionais	80,00 (14,00)	66,00 (19,00)	76,00 (17,00)	4,25	<0,0001
Processos de comunicação	76,00 (22,00)	60,00 (23,00)	71,00 (24,00)	3,10	0,0030
Total processos resiliência	77,00 (15,00)	64,00 (18,00)	73,00 (17,00)	3,55	0,0009

*p-valor para o Teste *t* de Student; $p \leq 0,05$.

SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; dif. = dificuldades; d.p. = desvio padrão; EEA = Escala de Eventos Adversos; EAC = Escala de Adversidades Crônicas; RAF = Inventário de Recursos do Ambiente Familiar.

Quando da associação das variáveis definidas como estressores do ambiente familiar e o desfecho comportamento das crianças, observou-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao total de estressores e àqueles que incidiram sobre a criança. As crianças que conviviam com mais eventos adversos no total tiveram cerca de duas vezes mais chances de apresentarem dificuldades comportamentais, quando comparadas aos que foram expostos a menos eventos adversos no geral. Além disso, as crianças com mais eventos adversos incidindo na categoria relativa à sua saúde e sobre questões referentes à escola tiveram cerca de cinco vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento, quando comparadas àquelas expostas a menos eventos adversos de tal natureza.

A comparação entre as médias decorrentes dos instrumentos específicos de identificação de eventos estressores EEA e EAC também mostrou diferenças com significância estatística, sendo que as crianças que conviviam com mais estressores avaliados

pela EEA e pela EAC tiveram três e duas mais chances, respectivamente, de apresentarem problemas de comportamento, quando comparadas às crianças expostas a menos eventos estressores identificados por tais escalas de avaliação.

Quanto aos recursos do ambiente familiar, identificou-se associações significativas na comparação das médias do Inventário de Recursos do Ambiente Familiar para as crianças Com e Sem dificuldades de comportamento, sendo que as crianças com menos recursos no RAF tiveram duas vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento.

Para os indicadores de resiliência familiar, verificou-se associação com significância estatística para dois processos avaliados e para o total de processos. As crianças que conviviam com famílias com menos recursos relativos aos processos organizacionais e de comunicação tiveram, respectivamente, quatro e três vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento, quando comparadas àquelas com mais recursos. Além disso, aquelas que tinham menos recursos no total dos processos de resiliência familiar tiveram 3,55 mais chances de apresentarem dificuldades comportamentais, quando comparadas àquelas que conviviam com mais recursos de tal natureza.

As correlações entre os recursos e os processos de resiliência foram testadas e os resultados estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 – Correlações entre variáveis de recurso do ambiente familiar, relativas ao escore total do RAF, sistema de crenças, padrões organizacionais e processos de comunicação (n=100).

VARIÁVEIS	1	2	3	4
1. RAF	-			
2. SISTEMA DE CRENÇAS	0,1921	-		
3. PADRÕES ORGANIZACIONAIS	0,3651*	0,5086*	-	
4. PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO	0,3492*	0,5923*	0,6561*	-

*p<0,001 para o teste de Correlação de Pearson.

RAF = Inventário de Recursos do Ambiente Familiar.

As correlações entre os indicadores relativos aos recursos, avaliados por meio do escore dos recursos do ambiente familiar e dos processos de resiliência, evidenciaram níveis moderados, com exceção da associação entre o escore total ponderado do RAF e escore total ponderado do sistema de crenças, na qual se verificou associação fraca.

4.3 Modelos de predição para o desfecho comportamento das crianças

Para os modelos de predição testados, definiu-se como variáveis a serem testadas *a priori* a depressão materna e indicadores de risco e de proteção para as crianças em idade escolar. Adotou-se como variáveis de risco e de proteção aquelas que incluíam o maior número de categorias e subcategorias avaliadas, com diferenças estatisticamente significativas, incluindo-se, portanto o total de eventos estressores codificados e o total de processos de resiliência

Procedeu-se ao teste de colinearidade, verificando-se que as variáveis explicativas incluídas no modelo (estressores e processos de resiliência) estavam correlacionadas entre si ($r=-0,2673$, $p=0,0072$), contudo a correlação identificada foi moderada, o que permitiu considerar as variáveis como independentes.

Para tais variáveis, foram testados dois modelos de predição, sendo um deles com dados dicotômicos (categorizados como abaixo da mediana ou igual e acima da mediana para os estressores e processos de resiliência familiar) e o segundo com dados contínuos (totais dos escores para os estressores e processos de resiliência familiar).

Modelo de regressão logística multivariada – dados dicotômicos

A análise de regressão logística multivariada realizada a partir das variáveis dicotômicas será apresentada na Tabela 12.

Tabela 12 – Análise de regressão logística multivariada entre variáveis dicotômicas do ambiente familiar (depressão materna, total de estressores e total de processos de resiliência familiar) e o desfecho comportamento das crianças (Sem dificuldades e Com dificuldades), obtido pelo escore total de dificuldades no SDQ (n=100).

VARIÁVEIS	SDQ – TOTAL DIFICULDADES			O.R. Bruto	IC (95%)	O.R. Ajustado	IC (95%)	p-valor*
	Sem dif. (n=70) f (%)	Com dif. (n=30) f (%)	Total (n=100) f (%)					
DEPRESSÃO MATERNA								
Presença	29 (29,00)	21 (21,00)	50 (50,00)	3,299	(1,322 ; 8,231)	1,858	(0,657 ; 5,253)	0,0156
Ausência	41 (41,00)	09 (09,00)	50 (50,00)	1	Referência	1	Referência	
TOTAL DE ESTRESSORES								
< mediana	34 (34,00)	08 (08,00)	42 (42,00)	1	Referência	1	Referência	0,0489
≥ mediana	36 (36,00)	22 (22,00)	58 (58,00)	2,597	(1,019 ; 6,617)	2,313	(0,851 ; 6,284)	
TOTAL DE PROCESSOS DE RESILIÊNCIA								
< mediana	26 (26,00)	23 (23,00)	49 (49,00)	5,560	(2,097 ; 14,742)	4,042	(1,390 ; 11,748)	<0,0010
≥ mediana	44 (44,00)	07 (07,00)	51 (51,00)	1	Referência	1	Referência	

*p-valor para o Teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$.

SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; dif. = dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O.R. = *Odds Ratio*; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Com base na análise de regressão univariada, verificou-se que as variáveis depressão materna, total de estressores e total de processos de resiliência familiar foram associadas significativamente à presença de problemas de comportamento das crianças. Aquelas que conviviam com a depressão materna apresentaram três vezes mais chances de terem problemas comportamentais, as crianças que conviviam com famílias com mais estressores (acima da mediana) e com menos recursos de resiliência familiar (abaixo da mediana) tiveram, respectivamente, duas e cinco vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento.

Quando da análise de regressão multivariada, apenas o total de processos de resiliência familiar manteve-se como variável estatisticamente significativa para o desfecho comportamento das crianças. Verificou-se que, na presença da depressão materna e de mais eventos estressores, crianças que conviviam com menos recursos de resiliência familiar tiveram quatro vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento, em comparação àquelas que possuíam mais recursos relativos aos processos de resiliência familiar. No modelo multivariado testado, a presença de depressão materna e de mais eventos estressores deixaram de ter diferenças estatisticamente significativas para o desfecho comportamento das crianças.

Modelo de regressão logística múltipla – dados contínuos

Para o segundo modelo de predição testado, incluiu-se na análise de regressão logística múltipla as variáveis contínuas relativas ao ambiente familiar (estressores e processos de resiliência familiar), cujos resultados estão apresentados na tabela 13.

Tabela 13 – Análise de regressão logística múltipla pelo método da máxima verossimilhança para as variáveis contínuas do ambiente familiar (total de estressores codificados e total de processos de resiliência familiar) e o desfecho comportamento das crianças (Sem dificuldades e Com dificuldades), obtido pelo escore total de dificuldades no SDQ (n=100).

VARIÁVEIS	SDQ – TOTAL DE DIFICULDADES (n=100)				
	O.R. Bruto	IC (95%)	Estimativa	EP	p-valor*
INTERCEPTO			1,0581	1,3406	0,4299
DEPRESSÃO MATERNA					
Apenas depressão**					
Depressão + estressores + processos	1,768	0,623 – 5,013	0,2848	0,2659	0,2842
TOTAL ESTRESSORES					
Apenas estressores	182,403	1,544 – >999,999	5,2062	2,4347	0,0325
Estressores + depressão + processos	24,027	0,154 – >999,999	3,1792	2,5776	0,2174
TOTAL PROCESSOS DE RESILIÊNCIA					
Apenas processos	0,008	<0,001 – 0,135	-4,7959	1,4265	0,0008
Processos + estressores + depressão	0,026	0,001 – 0,598	-3,6559	1,6031	0,0226

* p-valor para o teste de estimativa de máxima verossimilhança; $p \leq 0,05$.

** depressão materna (variável dicotômica) = associações mediante teste Exato de Fisher (O. R. = 3,299; IC 95% = 1,322 ; 8,231; $p = 0,0156$).

O.R. = *Odds Ratio*; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança; EP = Erro padrão.

Os resultados da análise de regressão pelo método da máxima verossimilhança evidenciaram que o total de estressores, exclusivamente, se configurou como fator de risco para o desfecho em estudo; enquanto que o total de processos de resiliência familiar pôde ser considerado um fator de proteção.

A depressão materna, testada exclusivamente na presença do total de estressores e dos processos de resiliência familiar, por se tratar de variável dicotômica, não se mostrou estatisticamente significativa para o desfecho comportamento das crianças, o que também foi observado para o total de estressores, na presença da depressão materna e do total de processos de resiliência familiar.

No modelo de predição multivariado, as variáveis depressão materna e total de estressores deixaram, portanto, de ser condições estatisticamente significativas para o desfecho em estudo, sendo que os processos positivos de resiliência familiar mantiveram-se como condição protetora, com significância estatística, sendo preditora de menos problemas de comportamento das crianças.

5 Discussão

5.1 Depressão materna e contexto familiar – características sociodemográficas e variáveis relativas aos estressores, recursos e processos de resiliência familiar

O primeiro objetivo deste estudo foi comparar o perfil sociodemográfico e das variáveis do ambiente familiar, relativas aos estressores, recursos e processos de resiliência familiar de crianças que conviviam com mães com depressão recorrente (díades *casos*) em relação àquelas que conviviam com mães sem transtornos psiquiátricos (díades *não casos*).

Na comparação entre as díades, observou-se perfil semelhante quanto às características das crianças (idade, sexo e escolaridade) e a algumas variáveis maternas (idade, ocupação e número de filhos), as quais, portanto não se mostraram associadas à depressão materna de modo peculiar. Na amostra estudada, predominou o perfil de crianças nos primeiros anos da educação formal (ensino fundamental) e de mães na faixa etária entre 36 e 45 anos e assalariadas.

Destaca-se, contudo, que, quanto às demais variáveis sociodemográficas avaliadas, identificou-se diferenças significativas entre as díades *casos* e *não casos*, sendo verificado perfil distinto quanto à escolaridade materna, *status* marital, classe econômica e renda familiar. As díades *casos* apresentaram perfil com predomínio de mães com menor escolaridade (até oito anos de estudo formal), famílias monoparentais, das classes econômicas C e D e com renda menor que três salários mínimos por mês.

Os dados relativos à menor escolaridade e ao estado civil (mães solteiras, separadas e viúvas) das mães com depressão foram concordantes com os estudos longitudinais de Campbell et al. (2009) e de Luoma et al. (2001), com amostras da comunidade, ambos com medidas da depressão no passado e atual e medidas de desfecho para escolares. A ausência paterna no contexto familiar foi avaliada também no estudo de Talati et al. (2007), com uma amostra clínica e medidas de rastreamento de sintomas atuais de depressão, antes e após tratamento, tendo a monoparentalidade se associado ao baixo *status* socioeconômico das famílias, menor escolaridade das mães e a episódios depressivos mais graves, bem como se configurado como preditora de mais problemas emocionais e comportamentais em escolares e adolescentes que conviviam com a depressão materna.

O baixo envolvimento paterno, decorrente de separação conjugal ou da ausência de tal figura no contexto de vida da criança, foi identificado como condição, associada à depressão materna, considerada de risco para o desenvolvimento infantil de escolares, em

amostras da comunidade, como constatado na metanálise de Goodman et al. (2011) quanto aos problemas de comportamento externalizante e ao afeto negativo das crianças, e, no estudo empírico, com delineamento longitudinal, de Chang, Halpern e Kaufman (2007), que avaliaram o impacto negativo da depressão no passado para os problemas de comportamento internalizante e externalizante dos filhos, nas mais diferentes fases do desenvolvimento. Na avaliação relativa ao baixo envolvimento paterno no primeiro ano de vida da criança, Boyce et al. (2006) verificaram que tal variável teve impacto negativo para as meninas em idade escolar que conviveram com a depressão no pós-parto, identificando a presença de mais problemas de comportamento internalizante.

Destaca-se, pois, que estudos diversos quanto a tomadas de medida, período de exposição da criança à depressão materna e tipos de amostras identificaram associação entre depressão materna, baixa escolaridade e *status* marital específico, como evidenciado na análise dos dados referentes à presente amostra, clínica e de conveniência, estudada por um delineamento transversal. Tal achado é sugestivo de que, independente do curso da depressão, pode haver um interjogo entre tal psicopatologia e variáveis relativas à escolaridade e a aspectos dos padrões de relacionamentos afetivos das mães, evidenciando possível acúmulo de condições estressoras como peculiar no contexto da depressão materna.

Quanto às características socioeconômicas das famílias, tal como identificado na presente amostra, estudos com delineamentos distintos evidenciaram associação entre tais variáveis e a depressão materna, avaliadas pela baixa renda e baixo nível socioeconômico, como no estudo de Thompson et al. (2010), em estudo transversal, e por Luoma et al. (2001), em estudo longitudinal, ambos com amostras clínicas, de conveniência e avaliação de indicadores de sintomatologia depressiva ao longo da vida da criança. Indicadores relativos ao elevado risco econômico foram observados por Graham e Easterbrooks (2000), em estudo transversal, que, ao avaliarem fatores preditores de sintomas depressivos em escolares, identificaram associação entre depressão por parte das crianças e das mães, risco econômico e apego inseguro.

Goodman et al. (2011), ao analisarem estudos com amostras vulneráveis em razão da condição de pobreza, também verificaram o impacto negativo de tal condição para desfechos infantis diversos (problemas de comportamento internalizante e externalizante, psicopatologia e comportamentos ou afetos negativos). Weissman e Jensen (2002),

estudando a associação entre depressão materna e condições financeiras das famílias, destacaram que a depressão influenciava na instabilidade financeira familiar, o que pode sinalizar para um contexto familiar marcado por múltiplos estressores e a possível interferência de adversidades cumulativas, associadas à depressão materna.

Evidenciou-se, pois, que diferenças relativas às características sociodemográficas de famílias que conviviam com a depressão materna, em comparação àquelas que não conviviam com tal condição estressora, foram identificadas na presente amostra, em concordância com estudos prévios, sinalizando que crianças em idade escolar podem estar expostas também a outras condições de vulnerabilidade, que associadas à depressão materna se configuram como adversidades e risco ao desenvolvimento infantil e se apresentam como um cenário no qual múltiplas variáveis podem contribuir para os desfechos negativos por parte das crianças.

O acúmulo de estressores, apontados pela literatura como condições que sobrecarregam os recursos adaptativos da pessoa e da família (YUNES; SZYMANSKI, 2001) e como adversidades com impacto para o desenvolvimento (MASTEN; GEWIRTZ, 2006), foi considerado no presente estudo, sendo os eventos estressores categorizados a partir de indicadores que incidiam sobre a família (sociodemográficos), sobre a criança, sobre os pais (problemas de saúde, envolvimento dos pais com a lei/polícia) e sobre as interações pais-filhos.

Com sentido semelhante aos dados analisados para o perfil sociodemográfico, destaca-se que foram identificadas diferenças significativas quando tais características foram tomadas como condições estressoras definidas *a priori* e incluindo cumulativamente indicadores relativos à baixa escolaridade da mãe, a perda de emprego dos pais, a condição socioeconômica precária, a presença de superpoluição ou membro estranho no lar, a organização familiar não tradicional e a mudança de cidade.

Além de tais diferenças, foi observada diferença significativa entre as díades *casos* e *não casos* quando da comparação das combinações de estressores incidindo sobre a saúde e vida escolar das crianças e relativa ao envolvimento de membros familiares com situações de violência e com a lei, sendo que as crianças expostas à depressão materna recorrente tiveram mais chances de apresentarem eventos estressores incidindo sobre sua saúde, sobre o relacionamento com os pares e professores, no contexto da dinâmica da instituição de

ensino e no processo de aprendizagem, bem como mais chances de terem pais envolvidos com a lei e a polícia, incluindo situações de violência e disputas judiciais.

Quanto a eventos incidindo sobre as crianças, diversos estudos que avaliaram a depressão materna, enquanto variável preditora testada nos modelos de regressão, também incluíram variáveis relativas à criança, tal como baixo peso ao nascer (ASBURY; DUNN; PLOMIN, 2006; BARKER; MAUGHAN, 2009; LEECH et al., 2006; RICE et al., 2010), a progressão na escola e doenças físicas (BERGERON et al., 2007), a competência verbal (CORAPCI; SMITH; LOZOFF, 2006; KERSTEN-ALVAREZ et al., 2012), os relacionamentos no contexto escolar (ELGAR et al. 2007, KERSTEN-ALVAREZ et al., 2012) e a saúde em geral (ELGAR et al., 2007; GOODMAN et al., 2007).

Contudo, apenas o estudo de Kersten-Alvarez et al. (2012) identificou associação de condição da criança, relativa ao recurso de inteligência verbal, com a depressão materna e com problemas de comportamento. Os referidos autores, em um estudo longitudinal, com amostra da comunidade, compararam filhos de mães com e sem depressão pós-parto, procedendo ao controle de variáveis de risco relacionadas à baixa escolaridade materna e ao ambiente familiar (conflitos conjugais, separação e mais eventos estressores de vida). Os resultados evidenciaram que as crianças expostas à depressão materna no pós-parto apresentaram, nos primeiros anos do ensino fundamental, menos recursos de enfrentamento ao estresse, menos competência social no relacionamento com os pares e baixo ajustamento escolar, acrescido de que, de forma inesperada, observaram que as meninas com menos recursos de inteligência verbal no período escolar apresentaram menos problemas de comportamento externalizante. A ausência de explicações associadas às características pessoais ou ao contexto familiar, cujas variáveis foram controladas, suscitaram nos autores interpretações quanto à presença de menos problemas externalizantes nas meninas, tendo indicado a possibilidade de que havia altos níveis de problemas na amostra em que mães não apresentavam depressão, além de analisarem tal dado a partir da demanda da criança em evitar causar mais situações estressoras no ambiente familiar e/ou a partir de possível necessidade da mãe de referir menos taxas de tais problemas para as filhas, para as quais os comportamentos externalizantes são menos toleráveis.

Estressores relativos ao envolvimento dos familiares com a polícia e a lei foram analisados nos estudos transversais de Ferrioli, Marturano e Puntel (2007) e de Mickelson e

Demmings (2009) e nos estudos longitudinais de Lengua et al. (2008) e de Barker et al. (2012), com amostras da comunidade, sendo que apenas dois estudos identificaram associações significativas, como relatado a seguir. Mickelson e Demmings (2009), ao estudarem mães de baixa renda expostas a elevados níveis de estresse social, observaram associação com problemas dos pais com a lei, e Barker et al. (2012), em estudo com característica epidemiológica, identificaram associação entre depressão materna e o uso de substâncias ilícitas pelos pais e à presença de problemas com a polícia.

Evidenciou-se, pois, que, em estudos com amostras da comunidade, a depressão materna e variáveis relativas à saúde e indicadores escolares das crianças bem como o envolvimento dos membros familiares com a lei vêm sendo estudadas como condições estressoras com impacto para os desfechos infantis, sendo testadas nos modelos de regressão de forma multivariada. Destaca-se que, no presente estudo, tais condições avaliadas sistematicamente se configuraram como variáveis do contexto familiar relevantes para a compreensão do cenário familiar de crianças expostas à depressão materna, o que reitera a importância de tais aspectos na análise de predição, especialmente em amostras clínicas.

Destaca-se ainda que não foram observadas diferenças significativas quanto ao acúmulo de estressores relativos às condições de saúde dos membros da família e às interações intrafamiliares, evidenciando homogeneidade no perfil para as díades *casos* e *não casos* quanto a tais variáveis.

Quando da comparação do perfil relativo ao contexto familiar, entre as díades *casos* e *não casos*, por meio das escalas específicas relativas a estressores (EEA e EAC) também foram verificadas diferenças significativas, sinalizando que as díades *casos* estavam expostas a número maior de eventos estressores e a mais eventos negativos crônicos. A inclusão de tais variáveis e as diferenças observadas reforçam o referido por Goodman et al. (2011), com base em recente metanálise de artigos empíricos, quanto à relevância da inclusão nos modelos preditivos de múltiplos fatores de risco, que podem se associar à depressão materna e aos desfechos relativos ao comportamento infantil. Em tal metanálise, os autores apontaram ainda para a necessidade de se avaliar o interjogo entre fatores de risco e de proteção, associados à depressão materna, o que foi realizado no presente estudo, quando da inclusão de medidas relativas aos recursos do ambiente familiar e aos processos de

resiliência familiar, os quais também se mostraram significativos na comparação entre as díades *casos e não casos*.

Nos estudos transversais e longitudinais analisados na literatura, os autores incluíram em seus modelos de predição indicadores de recursos de proteção, definidos *a priori* ou testados para serem definidos posteriormente como tal. Contudo, apesar da inclusão de possíveis variáveis protetoras, a maioria dos estudos que adotaram delineamento transversal identificou predominantemente a associação significativa entre depressão materna e condições de risco, tal como referido a seguir nos estudos destacados.

Dietz et al. (2008), ao avaliarem indicadores de comportamento positivo na interação com a criança, identificaram que as mães com histórico de transtorno de depressão maior e mães com sintomas depressivos atuais apresentavam padrões de menos engajamento e baixo controle na interação com os filhos. Foster, Garber e Durlak (2008) também verificaram o peso de comportamentos maternos positivos e observaram que altos níveis de sintomas depressivos atuais foram associados com baixos níveis de afeto e comportamento materno negativo durante a interação com a criança e que a maior cronicidade e gravidade relativa à história de depressão materna foi preditora de altos níveis de sintomas depressivos atuais para as mães e da diminuição de comportamentos positivos durante a interação mãe-criança. Chen e Jhonston (2007) identificaram associação entre depressão materna e disciplina inconsistente, baixo envolvimento parental e reatividade negativa, associada à raiva e irritabilidade. Gerkenmeyer et al. (2011), ao avaliarem indicadores de suporte social e estresse materno, decorrente de terem filhos com problemas de saúde mental, verificaram associação da depressão materna apenas com menos suporte social. Mickelson e Demmings (2009) observaram, em amostra exposta a condições de vulnerabilidade financeira e social, associação da depressão materna com baixo suporte efetivo e com condições estressoras agudas, incluindo características sociodemográficas relativas a problemas conjugais e conflitos interpessoais.

Um único estudo transversal inseriu uma variável definida *a priori* como condição protetora para crianças escolares, identificando em uma amostra clínica que a história de sintomas depressivos esteve associada negativamente à transmissão dos pais aos filhos do senso de importância da religião (JACOBS et al., 2012).

Ainda dentre os estudos transversais, destaca-se que dois não identificaram associação entre variáveis contextuais de proteção e a depressão materna, sendo eles os

desenvolvidos por Whiffen, Kerr e Kallos-Lilly (2005), com variáveis relativas à intimidade do casal parental e aos recursos de apego, e por Drabick et al. (2006), com indicadores de práticas parentais e da interação mãe-filho, incluindo disciplina materna e comunicação entre eles.

Evidencia-se, pois, que o foco dos estudos preditivos prévios, com delineamento transversal, recaiu sobre variáveis cumulativas de risco para o desenvolvimento de crianças, enfatizando o peso dado a condições que concorrem para a desadaptação. Evidencia-se que, apesar dos modelos teóricos e empíricos incluírem na compreensão do desfecho infantil aspectos relativos a possíveis recursos de proteção do indivíduo e de grupos, como a família, o rol das variáveis relevantes a serem testadas ainda não está definido completamente, destacando-se apenas uma tendência da literatura para avaliar aspectos relativos às práticas parentais, à qualidade da interação entre mães e filhos e ao suporte social, como condições associadas inversamente à depressão, colocando-se ênfase na ausência de recursos de proteção.

Quanto aos estudos longitudinais, estes também incluíram variáveis contextuais que foram testadas em modelos univariados com a depressão materna, destacando-se, de forma semelhante àqueles com delineamento transversal, a análise de condições referentes às práticas educativas parentais e, de forma mais ampla, às relações familiares de risco associadas à depressão materna. Tais associações incluíram uma diversidade de variáveis, como destacado a seguir: (a) apego inseguro, quando a depressão foi avaliada no passado e atualmente (MILAN; SNOW; BELAY, 2009), (b) baixo suporte emocional destinado aos filhos que conviviam com a depressão recorrente (MURRAY et al., 2006), (c) baixo envolvimento dos pais no acompanhamento da vida escolar dos filhos quando da avaliação da depressão atual (MURRAY et al., 2006), (d) menos cuidados e monitoramento dos filhos e mais rejeição dos pais, quando da depressão atual (ELGAR et al., 2007), (e) insatisfação/conflitos conjugais (ASHMAN; DAWSON; PANAGIOTIDES, 2008; BARKER et al., 2012; FELDMAN; MASALHA, 2007), (f) baixo suporte social, relatado pelos autores do item anterior e por Anhalt, Telzrow e Brown (2007) e (g) fatores de risco diversos, com destaque para dificuldades relativas à sensibilidade parental e à percepção dos pais quanto ao temperamento da criança (FELDMAN; MASALHA, 2007), eventos de vida, estresse parental e suporte social, quando a depressão foi avaliada para crianças que estavam nos primeiros anos de vida (ASHMAN; DAWSON; PANAGIOTIDES, 2008). A disciplina severa aos cinco anos de idade e o desajuste

marital também foram identificados como condições associadas à depressão materna, no estudo de Leve, Kim e Pears (2005), sendo observado pelos autores impacto negativo de tal prática parental para meninos e de conflitos conjugais para crianças de ambos os sexos.

Sinaliza-se, pois, a partir da análise dos achados nos estudos referidos, que o cenário da depressão materna contempla associações significativas com múltiplas variáveis contextuais, reforçando o peso de múltiplos estressores, como verificado no presente estudo, e que os modelos de associação testados na predição de desfechos infantis têm incluído uma diversidade de fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento.

Em contraposição com os dados dos referidos estudos empíricos, contudo, sinaliza-se que, na presente amostra, o cenário familiar das díades *casos* não se diferenciou do das díades *não casos*, a partir de indicadores de estresse relativo às relações interpessoais/conjugais nem por problemas de saúde dos familiares, podendo-se pressupor que os grupos eram homogêneos quanto a tais condições, mas que por outro lado diferiram quanto aos estressores incidindo sobre a criança e os relativos ao envolvimento de familiares com a lei. Tal homogeneidade pode ser indicador da presença de contextos familiares permeados por eventos estressores cumulativos também para as díades *não casos*.

Quando da comparação entre os recursos de proteção, as díades *casos* também apresentaram menos recursos relativos ao ambiente familiar, menos processos de resiliência associados ao sistema de crenças, padrões organizacionais e processos de comunicação, bem como ao total de processos. A resiliência foi avaliada enquanto um conjunto de recursos do ambiente familiar que favoreceriam o enfrentamento de eventos estressores e a adaptação da família e das crianças que conviviam com tais eventos (WALSH, 2005), incluindo a depressão materna recorrente para as díades *casos* e, prioritariamente, os eventos de perda e de conflitos nos relacionamentos familiares, para as díades *não casos*, condições com tendência à recorrência, o que se assemelha aos cenários nos quais a resiliência familiar vem sendo estudada e que permite a identificação de padrões interacionais favorecedores ou limitadores da adaptação infantil.

Na perspectiva da resiliência familiar, eventos estressores recorrentes introduzem na família desafios a serem enfrentados frente às peculiaridades da repetição de tais eventos, se configurando como elementos desse contexto a serem avaliados, incluindo indicadores

relativos ao sistema de crenças, aos padrões organizacionais e aos processos de comunicação (WALSH, 2005), como abordado no presente estudo.

O sistema de crenças abrangeu convicções compartilhadas pela família, favorecedoras do enfrentamento de eventos estressores, em uma perspectiva positiva. As díades *casos* apresentaram, com diferença significativa, menos indicadores relativos ao conjunto de crenças familiares, o que pode sinalizar, de maneira geral, para dificuldades das famílias em significar adequadamente o transtorno depressivo das mães, além de limitações para, de forma compartilhada, reorganizarem a dinâmica familiar, para preservarem ou redefinirem os objetivos da família e para manterem e/ou buscarem recursos internos e externos, incluindo o tratamento adequado das mães e as crenças espirituais.

Quanto aos padrões organizacionais, considerou-se em sua avaliação indicadores quanto ao modo como a família realizava as tarefas essenciais para o seu crescimento, incluindo os recursos socioeconômicos, a efetividade das redes sociais e comunitárias, a estabilidade flexível dos vínculos afetivos, dos papéis, das regras e das rotinas familiares, também frente aos desafios e adversidades. Para tais elementos dos processos de resiliência avaliados, as díades *casos* também apresentaram menos recursos, condição essa que sugere um padrão de mais dificuldades para a reorganização e estruturação das tarefas cotidianas da família que convivem com a depressão materna recorrente e com outros eventos estressores.

Para as díades *casos*, a presença de menor escore relativo aos processos de comunicação, pode sinalizar para um funcionamento familiar pautado em expressões e ações pouco claras ou compartilhadas, com pouca tolerância às diferenças individuais, poucas interações agradáveis e tentativa de adaptação pouco colaborativa e pró-ativa.

Tais dados corroboram apontamentos que referiram o impacto negativo da depressão para o contexto familiar (GOODMAN; GOTLIB, 1999; GROSS, 1994; MARKOWITZ, 2008), com indicadores de menos recursos familiares para o enfrentamento de eventos estressores crônicos. Na perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, esses resultados evidenciam possível influência mútua da depressão materna e dos limitados recursos do contexto familiar, nas díades que convivem com tal psicopatologia, sinalizando para o interjogo entre as variáveis definidas neste estudo como possíveis preditoras de problemas no desenvolvimento infantil.

Ainda no contexto da depressão materna, pondera-se que todas as mães *casos* incluídas no presente estudo foram diagnosticadas com transtorno depressivo recorrente, com episódios moderados ou graves nos dois anos anteriores à avaliação, e estavam sem sintomas nos últimos seis meses, o que de certo modo garantiu certa homogeneidade da amostra clínica, quanto às manifestações sintomáticas. Destaca-se, ainda, que, em sua maioria, as mães encontravam-se em acompanhamento clínico, predominantemente em sistema ambulatorial, sendo que 78% das mães referiram uso atual de antidepressivo. Contudo, 68% das mães informaram ainda percepção atual de prejuízos decorrentes da sintomatologia depressiva ou das recaídas, o que reitera considerações da Organização Mundial de Saúde quanto ao impacto da depressão para o cotidiano das pessoas acometidas por tal transtorno. Indicadores relativos à remissão do transtorno depressivo em mães e seu impacto para os filhos foram avaliados no estudo de Jaser et al. (2008), com delineamento transversal e amostra clínica das mães com depressão, os quais identificaram que, apesar da quase completa remissão, os desfechos negativos relativos ao comportamento dos filhos, entre 11 e 14 anos de idade, permaneciam.

Tais dados se contrapõem aos estudos de seguimento de Pilowsky et al. (2008) e de Weissman et al. (2006), que avaliaram o impacto do tratamento medicamentoso e psicoterápico efetivo das mães com depressão como uma condição que se associou à melhora nos problemas dos filhos. Cabe ressaltar que o dado discutido se refere ao relato das mães quanto ao tratamento, diferentemente dos estudos de seguimento referidos em que o tratamento era objeto de acompanhamento direto por parte dos autores.

Ainda, quanto ao perfil das díades *casos*, destaca-se que 72% das crianças foram expostas pela primeira vez à depressão materna nos anos iniciais da vida ou no período pré-escolar, o que configurou exposição precoce a tal transtorno materno. A influência dessa variável para os desfechos dos filhos que conviviam com a depressão materna foi abordada por Goodman e Gotlib (1999), com base em dados de estudos empíricos prévios e em pressupostos teóricos, assim como na metanálise de Goodman et al. (2011), os quais apontaram para a presença de maior impacto negativo para crianças quando da exposição mais precoce à depressão. Em concordância com tais apontamentos, Bergeron et al. (2007), em estudo longitudinal, com amostra da comunidade, identificaram impacto negativo maior da depressão para o comportamento de crianças e adolescentes expostos mais cedo a tal transtorno. Estudos longitudinais, com amostras da comunidade, com crianças de ambos os

sexos, obtiveram dados semelhantes, sendo que o primeiro ano de vida da criança se configurou como período sensível para exposição à depressão materna, na medida em que aumentou os riscos para problemas de comportamento internalizante e externalizante por parte dos filhos na idade escolar (BAGNER et al., 2010) e a depressão materna no período pós-parto associou-se à presença de mais problemas de comportamento internalizante, enquanto único desfecho avaliado em crianças entre dois e 11 anos de idade, para as meninas mais novas (STERBA; PRINSTEIN; COX, 2007) e de problemas de adaptação para os meninos entre 11 e 16 anos de idade (HAY et al., 2008).

No presente estudo, evidenciou-se, pois, que as crianças que conviviam com a depressão materna (díades *casos*) estavam expostas a peculiaridades da depressão (recorrência, gravidade, recaídas, prejuízos no funcionamento materno geral e exposição precoce à sintomatologia) bem como a condições estressoras cumulativas e crônicas. Perfil clínico semelhante foi relatado no estudo longitudinal de Essex et al. (2006), os quais referiram que a exposição à condição de risco era mais precoce e mais grave para os filhos de mães com depressão recorrente, em uma amostra da comunidade. Os autores verificaram que as crianças que tinham prejuízos na habilidade de regulação emocional haviam vivenciado mais estresse familiar crônico e apresentavam também dificuldades sociais e escolares na entrada do ensino formal, com consequente risco para sintomas depressivos aos nove anos de idade.

Destaca-se, assim, a importância de se avaliar, como no presente estudo, a depressão materna recorrente e de maior gravidade e sua associação a variáveis do contexto familiar de crianças que convivem com tal psicopatologia, de forma a buscar uma melhor compreensão quanto à direção da associação entre as múltiplas variáveis que compõem este cenário familiar e o interjogo entre aspectos clínicos da depressão materna, afeto e comportamentos parentais, tal como pontuado por Psychogiou e Parry (2013), em recente editorial da revista *Psychological Medicine*.

Considera-se que a identificação de variáveis diversas associadas à depressão materna, enquanto condições de risco e de proteção no contexto familiar, que concorrem para a adaptação ou disfunção de seus membros, incluindo a competência dos filhos na realização das tarefas próprias de cada fase de seu desenvolvimento, pode favorecer a proposição de estratégias mais efetivas de intervenção em saúde mental, visando promover desfechos familiares mais adaptados.

5.2 O comportamento de escolares – caracterização e associações com variáveis relativas às crianças, mães e famílias

O comportamento das crianças, pertencentes às 50 díades *casos* e às 50 díades *não casos*, foi avaliado mediante aplicação de instrumento de rastreamento de problemas comportamentais (SDQ), respondido pelas mães. Destaca-se que o comportamento das crianças foi a medida de desfecho avaliada, enquanto uma variável que inclui tarefas típicas do desenvolvimento (DESSEN; POLONIA, 2007), estando a avaliação do sucesso ou fracasso associada aos recursos internos e externos utilizados pela criança para o enfrentamento das demandas do período escolar, conforme pontuado por Bee (2003). Tal avaliação pautou-se ainda, em conformidade com o destacado por Marturano e Loureiro (2003), na identificação de desfechos de adaptação ou disfunção das crianças, sendo a primeira entendida a partir de indicadores de competência da criança para a realização de tais tarefas (WRIGHT; MASTEN, 2006) e a disfunção, o desvio às normas específicas para essa etapa do desenvolvimento (PRICE; ZWOLINSKI, 2010), as quais no presente estudo foram definidas para o SDQ a partir da nota de corte proposta por Goodman (1997) e referida para o contexto brasileiro por Fleitlich, Cortázar e Goodman (2000).

Na presente amostra, caracterizou-se o perfil comportamental das crianças a partir das cinco subescalas do SDQ, sendo uma delas destinada para a identificação de recursos pró-sociais e quatro delas para avaliação de problemas de comportamento em áreas específicas. A somatória relativa aos escores brutos das subescalas de problemas forneceu o escore para o total de problemas de comportamento, classificados como normal, limítrofe e anormal e categorizados no presente estudo como Com dificuldades, para a classificação anormal, e como Sem dificuldades, para as classificações normal e limítrofe, tanto para o escore total quanto para as cinco subescalas do SDQ.

Na análise dos dados relativos aos escores enquanto variável contínua, observou-se, em todas as subescalas de problemas do SDQ e para o total de dificuldades, escores brutos maiores para as crianças incluídas nas díades *casos*, enquanto que, para a subescala de recursos, observou-se escores menores para tais crianças. Quando da comparação entre as médias, identificou-se diferenças significativas para o total de dificuldades e em três subescalas de problemas, relativas a sintomas emocionais, hiperatividade e relacionamento com colegas. Tais dados evidenciaram que crianças expostas à depressão materna (díades

casos) apresentaram mais indicadores de dificuldades e menos recursos pró-sociais. Apesar de não terem sido identificadas associações significativas, entre as díades, quanto aos recursos pró-sociais das crianças, observou-se uma tendência à diferença, o que pode ser sugestivo do que foi observado por Hay e Pawlby (2003) quanto ao fato das mães com depressão relatarem menos habilidades cooperativas dos filhos, quando comparadas às mães sem depressão.

Tais dados são complementados pelos referentes à identificação de problemas de comportamento, definidos a partir da nota de corte utilizada, sendo relevante se analisar as comparações feitas entre as díades *casos* e *não casos* a partir das classificações Com e Sem dificuldades de comportamento.

Em tal análise, constatou-se alta taxa de problemas para o total de crianças da amostra, sendo que 30% delas foram classificadas como Com dificuldades. Tal taxa foi superior ao sugerido por levantamento da OMS (2001), no qual a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes esteve entre 13 e 22,5%, na população geral, e ao verificado em estudos de prevalência realizados na realidade brasileira, que encontraram taxas entre 15% e 18% (FLEITLICH; GOODMAN, 2001; CURY; GOLFETO, 2003).

No presente estudo, observou-se diferenças significativas para a variável comportamento infantil quando da comparação entre as díades. A maioria das crianças classificadas como Com dificuldades no geral (70% das crianças classificadas como Com dificuldades) pertencia às díades *casos*, sendo que as crianças que conviviam com a depressão materna apresentaram três vezes mais chances de terem problemas quanto ao escore total do SDQ. Para as subescalas de problemas, verificou-se que 74% das crianças classificadas como Com dificuldades na subescala problemas emocionais e 83% das crianças classificadas como Com dificuldades na subescala problemas no relacionamento com os pares conviviam com mães com depressão, tendo apresentado seis e três vezes mais chances, respectivamente, de terem problemas em tais áreas do comportamento.

A análise de tais dados dar-se-á também a partir das proposições de Achenbach et al. (2008), quanto aos comportamentos internalizantes, que são associados a distúrbios pessoais, avaliados no instrumento de rastreamento utilizado no presente estudo pela subescala de sintomas emocionais, e quanto aos comportamentos externalizantes, que envolvem características relativas às subescalas de hiperatividade, problemas de conduta e no relacionamento com os colegas, no instrumento utilizado.

Para a compreensão das taxas de problemas identificadas principalmente para as crianças das díades *casos*, faz-se relevante a retomada de indicadores relativos ao perfil clínico da depressão materna, para o qual observou-se uma maioria de crianças nas díades *casos* expostas à depressão precocemente (72%), considerando a primeira exposição entre o nascimento e a idade pré-escolar, e de mães que apresentaram relatos de prejuízos decorrentes de tal transtorno (68%), apesar da maior parte das mães não terem sido diagnosticadas com episódios graves, nem terem apresentado sintomas psicóticos, tentativas de suicídio e internações psiquiátricas. Tal cenário coloca em foco o possível impacto, para a presente amostra, da somatória de condições associadas às características clínicas da depressão (recorrência, exposição precoce da criança e percepção materna de prejuízos atuais) para o comportamento das crianças e sinalizou para a influência negativa da psicopatologia materna para o comportamento das crianças, conforme verificado nos estudos longitudinais de Ashman, Dawson e Panagiotides (2008) e de Campbell et al. (2007), com amostras da comunidade, para crianças no início da vida escolar e em consonância com o observado por Kersten-Alvarez et al. (2012), os quais identificaram a dificuldade no enfrentamento do estresse e os problemas na interação com os pares como medidas de desfecho das crianças em idade escolar preditas pela depressão materna pós-parto, de forma independente de outras variáveis contextuais (baixa escolaridade materna, conflitos conjugais, separação e mais eventos de vida estressores).

Outros indicadores podem ser considerados ainda para a compreensão do desfecho infantil, tendo Goodman et al. (2011) apontado em sua metanálise para um maior tamanho do efeito em relação ao impacto negativo, para problemas de comportamento internalizante das crianças, quando da presença de características relativas ao delineamento dos estudos, dentre elas: a avaliação da depressão materna por meio de instrumento diagnóstico, a utilização de amostras clínicas e das mães como as únicas informantes do comportamento dos filhos. Essas três condições fizeram parte do delineamento do presente estudo, no qual também foram identificadas associações com sintomas emocionais característicos de internalização, sendo a última delas discutida com mais detalhes a seguir.

Analisando-se a questão relativa à fonte de informação sobre o comportamento das crianças, destaca-se estudos que avaliaram o impacto da depressão para a percepção materna e para o relato dos problemas de comportamento dos filhos, sendo verificado que mães com depressão, quando avaliavam o comportamento das crianças por escalas de

rastreamento, tendiam a relatar mais problemas, com diferenças significativas para o tipo de comportamento (internalizante e/ou externalizante) e para gênero das crianças, em comparação ao relato dos pais, dos professores e/ou das próprias crianças avaliadas, tanto com amostras da comunidade (GARSTEIN et al., 2009; LUOMA; KOIVISTO; TAMMINEN, 2004) como com amostras clínicas para as crianças (FOSSUM et al., 2007; KISS et al., 2007). Tais diferenças, no contexto dos estudos prévios, podem sugerir diferenças no repertório comportamental das crianças de acordo com o alvo e ambiente de interação, com consequente variação no relato feito por fontes distintas. No presente estudo, de modo a minimizar a influência da depressão no relato das mães adotou-se, como controle metodológico, o critério de inclusão de mães sem sintomas depressivos nos seis meses anteriores à coleta de dados, de forma a atenuar tal viés quanto ao relato do comportamento dos filhos.

Na metanálise de Goodman et al. (2011), além da ênfase nas características relativas ao delineamento de estudos empíricos, os autores apresentaram indicadores relativos a variáveis pessoais das crianças, como condições associadas à depressão materna para a predição dos desfechos infantis, destacando que as crianças mais jovens e do sexo feminino tinham mais chances de terem problemas de comportamento internalizante no contexto da depressão materna. Os referidos autores apontaram para a presença de menos recursos pessoais das crianças mais novas e a menos tempo de convívio com uma mãe saudável como possíveis explicações para a associação com a idade das crianças.

Quanto à questão de gênero das crianças, estudos empíricos prévios identificaram a associação da depressão materna com tal variável e seu impacto para problemas por parte dos filhos, sendo observada tendência a identificarem, predominantemente, a presença de mais problemas de comportamento internalizante para as meninas e de mais problemas de comportamento externalizante para os meninos (DRABICK et al., 2006; FOSTER; GARBER; DURLAK, 2008; LOOSLI; LOUREIRO, 2010). No contexto da tal associação, Goodman et al. (2011) ponderaram para possíveis indicadores relativos à hereditariedade, a diferenças na sensibilidade de meninas e meninos frente aos estressores associados à depressão materna e a diferenças nas práticas parentais.

No presente estudo, contudo não se observou diferenças significativas quanto à questão do gênero nem quanto à idade das crianças, apesar de terem sido identificadas maior número de crianças expostas precocemente à depressão materna. Além disso,

destaca-se que as análises realizadas não tiveram como foco as medidas relativas às subescalas do SDQ em separado, como possíveis variáveis preditas pelas variáveis socioeconômicas e do contexto de recursos e eventos estressores do ambiente familiar, tomando-se como desfecho analisado o total de problemas das crianças no SDQ.

Ao se analisar o perfil referente exclusivamente às díades *não casos*, verificou-se que 18% das crianças, que não conviviam com transtornos psiquiátricos maternos, apresentaram problemas de comportamento, o que está mais próximo dos dados de prevalência dos estudos nacionais referidos, que utilizaram o mesmo instrumento do presente estudo, respondido pelos pais, como medida de comportamento, e identificaram taxas de 15% em crianças e adolescentes na cidade de Campos do Jordão-SP (FLEITLICH; GOODMAN, 2000) e de 18,7% em escolares de Ribeirão Preto-SP (CURY; GOLFETO, 2003), mesma cidade da coleta do presente estudo. Ao se comparar as taxas de problemas para as díades *casos* e *não casos*, evidenciou-se a influência da depressão materna para os problemas de comportamento das crianças e, na tentativa de compreender a maior prevalência de problemas para crianças das díades *casos*, algumas hipóteses podem ser levantadas, a saber: o impacto de variáveis sociodemográficas associadas à depressão materna para o desfecho comportamento das crianças das díades *casos*, a influência de possíveis condições contextuais de proteção e de risco e o fato de terem sido as mães a fonte de informação do comportamento das crianças.

O segundo objetivo do presente estudo se insere nesse contexto, na medida em que buscou identificar associações entre o desfecho comportamento das crianças e as variáveis sociodemográficas, eventos estressores, recursos do ambiente familiar e processos de resiliência familiar.

O impacto de variáveis sociodemográficas para o desfecho comportamento das díades *casos* foi testado por meio da regressão logística bivariada entre o escore total no SDQ e duas subescalas de problemas (sintomas emocionais e relacionamento com os colegas) e as variáveis com significância estatística, quando da análise do perfil sociodemográfico das díades *casos* e *não casos*. Evidenciou-se que a menor escolaridade das mães, o fato de serem solteiras/separadas/viúvas e das famílias apresentarem menos recursos socioeconômicos não foram condições que explicaram isoladamente a presença de mais problemas de comportamento por parte das crianças, reforçando a associação com a depressão materna.

Estudos indicaram o impacto negativo da escolaridade dos pais, para desfechos relativos à saúde mental dos filhos (GOODMAN et al., 2007; SILVA, 2010), da desvantagem econômica, para problemas de comportamento (ASSIS; AVANCE; OLIVEIRA, 2009), e da ausência paterna no cotidiano dos filhos (famílias monoparentais), para o desenvolvimento infantil (TAYLOR; WANG, 2000). Contudo, os resultados da presente amostra mostraram-se homogêneos quanto a tais variáveis, sugerindo que o desfecho problema de comportamento independeu das condições sociodemográficas das famílias das díades *casos*.

Para as díades *casos* e *não casos*, independentemente da depressão materna, observou-se associações da escolaridade materna com as classificações Com e Sem dificuldades de comportamento, verificando-se que as crianças que conviviam com mães com menos escolaridade apresentaram duas vezes mais chances de terem problemas de comportamento, no total de dificuldades avaliado pelo SDQ, o que reitera a relevância da variável escolaridade materna para as crianças, em geral.

Em amostra da comunidade, Lengua et al. (2008) estudaram variáveis sociodemográficas com impacto para o desfecho comportamento infantil, observando que a baixa escolaridade dos pais favorecia problemas de comportamento nos filhos. Os autores verificaram, ainda, que riscos cumulativos se configuravam em condição de maior peso para os problemas de comportamento externalizante e internalizante para pré-escolares e escolares e que os riscos avaliados em uma fase de desenvolvimento podiam favorecer desfechos negativos em fases futuras.

A identificação, no presente estudo, com amostra clínica, de associação significativa entre escolaridade materna e o desfecho comportamento de escolares pode indicar que, independente do tipo de amostra e do delineamento do estudo, a avaliação de tal variável se reveste de importância para a compreensão da adaptação infantil. Taylor e Wang (2000) destacaram a elevada escolaridade dos pais como uma condição associada à capacidade de perceber as demandas dos filhos, de promover a competência social dos mesmos, por meio de uma rede efetiva de apoio social, sinalizando para tal variável como um recurso que influencia o desempenho da parentalidade e a busca de suporte externo.

Por outro lado, no presente estudo, as crianças que conviviam com a depressão materna recorrente, independente da escolaridade de suas mães, tiveram três vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento, o que é concordante com os dados analisados por estudos prévios quanto ao impacto negativo de tal psicopatologia para os

filhos, escolares, com destaque para os estudos longitudinais que abordaram condições de gravidade e cronicidade da depressão (ASHMAN; DAWSON; PANAGIOTIDES, 2008; CAMPBELL et al., 2007; GROSS et al., 2009; WICKRAMARATINE et al., 2011), condição semelhante à definida como critério de inclusão para a amostra das díades *casos*.

A associação entre depressão materna e problemas de comportamento das crianças não foi verificada em estudos transversais, com amostra da comunidade (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007) e amostra clínica (HERWIG; WIRTZ; BENGEL, 2004), nos quais os autores utilizaram escalas de rastreamento para avaliar a psicopatologia materna e o SDQ, respondido pelas mães, para a identificação de problemas de comportamento das crianças. Ao analisar tais resultados, frente aos dados verificados no presente estudo, evidencia-se, pois, a relevância de se utilizar instrumentos de confirmação diagnóstica da depressão, tal como no estudo em questão.

O estudo transversal de Mendes (2009), na realidade brasileira, com uma amostra da comunidade, identificou taxa semelhante de problemas em crianças que conviviam com a depressão recorrente, independente da gravidade dos episódios depressivos. Tal dado coloca em foco a importância de se avaliar o impacto da recorrência do referido transtorno para os filhos e para o contexto familiar, chamando a atenção para as peculiaridades desse ambiente, tal como destacado por Marturano e Ferreira (2004) como condições de risco ou proteção que influenciam diretamente o desenvolvimento da criança em idade escolar.

No cenário relativo ao ambiente familiar, Moraes e Koller (2004) referiram-se ao tipo de evento e a sua duração, bem como à qualidade dos vínculos familiares e à estabilidade desse ambiente, como condições a serem analisadas para a compreensão do desfecho das crianças. No presente estudo, os eventos foram definidos *a priori* como condições estressoras ou de proteção para as crianças e agrupados em categorias que contemplavam subcategorias afins, bem como foram codificados a partir da sua presença e duração, de forma a caracterizar sua recorrência e seu impacto para o ambiente familiar. A estabilidade nesse contexto foi avaliada, a partir de indicadores apresentados pela literatura com tendo impacto para as crianças, prioritariamente quanto à qualidade da interação pais-filhos (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2003), às práticas parentais educativas (GOODMAN et al., 2007), incluindo a punição física (GERSHOFF, 2002; SÁ et al., 2010; VITOLO et al., 2005; WATHIER; DELL'AGLIO, 2007), às interações familiares, destacando-se a qualidade das interações conjugais (BENETTI, 2006; SÁ et al., 2010; SANTOS; COSTA, 2004) e familiares

(REGALLA; GUILHERME; SERRA-PINHEIRO, 2007), e à rede de suporte à família (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

Na construção das categorias de análise dos estressores, buscou-se, assim, contemplar tais indicadores de estabilidade do ambiente familiar, de forma a incluir variáveis cumulativas, enquanto condições com maior peso para os desfechos infantis, tal como pontuado por Lengua et al. (2008).

Quando da análise, no presente estudo de variáveis definidas como estressores do ambiente familiar para o desfecho comportamento das crianças, observou-se que os filhos que conviviam com mais eventos adversos no total e com mais eventos incidindo sobre sua saúde e vida escolar tiveram, respectivamente, cerca de duas e cinco vezes mais chances de apresentarem dificuldades comportamentais, quando comparadas aos que foram expostos a menos eventos adversos. Na realidade brasileira, Goodman et al. (2007) também verificaram, com uma amostra da comunidade, que problemas de saúde da criança em geral foram associados com problemas emocionais, avaliados pela subescala específica do SDQ.

Além disso, as comparações feitas a partir dos eventos estressores medidos pelos instrumentos EEA e EAC apontaram na mesma direção, ou seja, o acúmulo e a recorrência dos estressores foram significativos na predição dos problemas de comportamento das crianças. Tais dados reiteram o apontado por Essex et al. (2006), Sameroff e Fiese (2005), Yunes e Szymanski (2001) e os apontamentos clássicos de Rutter (1979), quanto à proposição de que o acúmulo de eventos estressores configura-se como uma condição que pode diminuir a possibilidade de respostas positivas e adaptativas.

No estudo de Ferriolli, Marturano e Puntel (2007), que também utilizaram a Escala de Eventos Adversos, como medida para avaliar estressores diversos, tal como no presente estudo, as autoras constataram diferenças significativas no modelo de predição apenas quanto aos indicadores de instabilidade financeira para problemas de hiperatividade e atenção das crianças, escolares, avaliadas pelo SDQ e atendidas em um programa de saúde de atenção básica. O referido estudo apresentou dados quanto aos indicadores de proteção, avaliados por categorias do RAF, tendo identificado que o uso do tempo livre, a presença de rotinas diárias com horários definidos e o arranjo familiar para a execução da tarefa escolar estiveram inversamente associadas aos problemas de comportamento no geral e na subescala de hiperatividade, bem como as duas últimas condições foram associadas, inversamente, também com problemas de conduta.

Destaca-se, pois, a relevância não só de se avaliar indicadores cumulativos de estresse e sua duração, mas também, de se verificar o interjogo com condições de proteção do indivíduo ou do ambiente, com ênfase nos vínculos familiares, na estabilidade de tal contexto (MORAIS; KOLLER, 2004) e na efetividade do suporte social (GARCIA; BRINO; WILLIAMS, 2009), enquanto condições favorecedoras da adaptação e da resiliência. No presente estudo, variáveis de risco e proteção foram abordadas de dois modos, como o número e acúmulo de estressores e de recursos e também como as percepções das mães quanto aos processos de resiliência familiar, expressos pelas crenças compartilhadas, padrões de organização e processos de comunicação.

Quanto aos recursos de proteção relativos ao ambiente familiar, identificou-se, no presente estudo, que as crianças com menos recursos, medidos pelo RAF, e pelas categorias dos processos de resiliência, tiveram, respectivamente, entre duas e quatro vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento. Destaca-se, pois, que, tal como identificado por Ferriolli, Marturano e Puntel (2007), em estudo transversal, com uma amostra da comunidade, o escore total ponderado do RAF foi associado inversamente ao desfecho comportamento das crianças, tendo aquelas das díades *casos* cerca de duas vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento.

De forma a ampliar a compreensão sobre os indicadores de recursos do ambiente familiar, construiu-se para a finalidade deste estudo, categorias e subcategorias de análise relativas aos três processos de resiliência familiar, propostos por Walsh (2005), sendo verificada diferença significativa para crianças Com e Sem dificuldades quanto aos padrões organizacionais, processos de comunicação e total de processos.

Quanto aos padrões organizacionais, verificou-se que as crianças, cujas famílias apresentavam menos recursos para manterem estável sua organização, tiveram quatro vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento. Para os processos de comunicação, constatou-se que crianças com menos recursos tiveram três vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento.

Ao se analisar tais dados e as correlações entre o escore total ponderado do RAF e dos três processos de resiliência familiar, evidenciou-se associação moderada, com significância estatística, entre o RAF, os padrões organizacionais e os processos de comunicação e entre os três processos entre si. Sinaliza-se, assim, para uma correlação direta e positiva que pode sugerir uma interseção entre tais indicadores, enquanto

condições que contribuem para a compreensão dos aspectos relativos à parentalidade, com destaque para o mapeamento dos processos interacionais deste contexto, em consonância com as proposições de Gomide et al. (2005) quanto à monitoria positiva.

Apesar de não terem sido identificadas diferenças significativas isoladamente para o sistema de crenças, enquanto conjunto de processos relativos às crenças positivas compartilhadas pela família, tal indicador compôs o escore referente ao total de processos de resiliência familiar, o qual foi associado inversamente aos problemas de comportamento infantil, sendo que as crianças com escores mais baixos no total de processos de resiliência tiveram três vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento.

Tais dados reiteram a consideração apresentada por Walsh (2005) quanto à relevância de estudos que abordem a variável resiliência em famílias, de forma a se identificar quais condições estressoras têm impacto negativo e quais os recursos familiares que podem ser potencializados, de modo a favorecerem o enfrentamento das condições adversas inevitáveis e assim os desfechos adaptativos de seus membros.

Coloca-se em foco, assim, que as trajetórias de desenvolvimento e a adaptação da criança frente aos desafios do ciclo vital caracterizam-se como um fenômeno multidimensional e multideterminado, tal como apontado por Araújo, Pinho e Almeida (2005), e, enquanto tal, sua demanda de compreensão perpassa múltiplas variáveis com impacto para os desfechos infantis.

Sob tal perspectiva, destaca-se a relevância de se testar modelos com múltiplas condições de risco e de proteção, co-ocorrendo na predição de problemas apresentados pelas crianças que convivem com a depressão materna, de modo a se verificar o peso de cada variável para tal desfecho, o que pode favorecer a implementação de práticas em saúde mental e demais políticas públicas de atenção à infância.

Os dados do presente estudo indicaram que a presença de problemas de comportamento se associou à depressão materna, mas também a condições relativas ao contexto familiar, com destaque para os estressores cumulativos, os recursos do ambiente familiar e os processos de resiliência, relativos à organização e à comunicação familiar.

Condições adversas inevitáveis ou de difícil manejo, tais como eventos relativos a doenças, a depressão materna ou outras, incidindo sobre a criança ou a família, tais como situações de perdas, decorrentes da morte de pessoas próximas ou do distanciamento do genitor do cotidiano da criança, foram descritas por Bernardes-da-Rosa et al. (2000) como

sendo queixas frequentes em famílias que levavam as suas crianças para atendimento psicológico, o que na presente amostra também esteve associado à presença de mais problemas de comportamento. Frente a tal dado, pontua-se como essencial para as práticas de saúde mental o investimento em ações que potencializem ou desenvolvam recursos de proteção, de modo a favorecer o enfrentamento das adversidades, o que pode influenciar no direcionamento do impacto para os desfechos das crianças.

5.3 Depressão materna, estressores e processos de resiliência - modelos preditivos para o desfecho comportamento de escolares

A depressão materna vem sendo reconhecida como condição adversa com impacto no contexto familiar (GOODMAN; GOTLIB, 1999; GROSS, 1994) e para as trajetórias de desenvolvimento das crianças que convivem com tal transtorno mental (MENDES et al., 2012; MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008), com destaque para modelos probabilísticos multivariados e para múltiplos mecanismos explicativos da direção de tal impacto, dentre eles o interjogo entre condições de risco e de proteção.

A presença de associação da depressão materna a outras adversidades com impacto para o desenvolvimento infantil foi condição marcante na metanálise de Goodman et al. (2011) o que, no contexto da psicopatologia do desenvolvimento, reitera a relevância colocada por Toth e Cicchetti (2010) quanto aos modelos com múltiplas condições que podem favorecer a adaptação ou a disfunção da criança ao longo do ciclo vital, especialmente frente a eventos de vida estressores. Para a composição e análise de tais modelos, a literatura tem apresentado dados relevantes quanto ao peso do acúmulo de eventos (RUTTER, 1979; SAMEROFF; FIESE, 2005; YUNES; SZYMANSKI, 2001) e considerações acerca da influência, associada à depressão, do afeto e dos comportamentos parentais enquanto variáveis do ambiente familiar (PSYCHOGIOU; PARRY, 2013) para os desfechos das crianças.

Nesse cenário, se insere o terceiro objetivo do presente estudo, que visou verificar o efeito preditivo da depressão materna, dos estressores e dos processos de resiliência familiar, para o desfecho comportamento de crianças em idade escolar, mediante a análise de associações entre múltiplas condições de risco e de proteção, incluindo indicadores relativos aos comportamentos parentais, tanto enquanto eventos estressores como

condições favorecedoras da resiliência. De forma a atender tal objetivo, procedeu-se às análises de regressão multivariada, com as variáveis incluídas nos modelos, tratadas de forma dicotômica e contínua.

A análise das variáveis dicotômicas indicou que o escore acima da mediana quanto ao total de processos de resiliência familiar foi a única variável com peso para o comportamento infantil, frente aos eventos estressores e à depressão materna, sendo que as crianças que conviviam com menos recursos relativos aos processos de resiliência tiveram quatro vezes mais chances de apresentarem problemas de comportamento. As variáveis depressão materna e total de estressores, por sua vez, deixaram de ter significância estatística no modelo multivariado.

Tais variáveis, tratadas no segundo modelo de predição de forma contínua, mantiveram o padrão observado no primeiro modelo, indicando que o total de processos de resiliência se configurou como fator protetivo para o comportamento das crianças, na presença da depressão materna e do total de eventos estressores. Apesar dessas últimas variáveis terem sido identificadas como fator de risco para o desfecho comportamento na análise univariada, deixaram de ter tal significância na análise multivariada.

Destaca-se que o total de eventos estressores foi condição que não apresentou diferença quando da comparação entre as díades *casos* e *não casos*, contudo teve impacto para o comportamento das crianças. Tais dados sinalizaram que as díades *casos* em comparação às *não casos* estavam expostas a uma quantidade e recorrência semelhantes de eventos estressores, mas que tal condição (maior número e mais recorrência ou duração dos eventos) fez diferença para o comportamento das crianças quando da identificação das associações entre tal variável e o total de eventos estressores. De forma concordante, nos modelos multivariados testados, o escore acima da mediana quanto ao total de estressores (variável dicotômica) foi preditor de mais problemas de comportamento e a presença de mais eventos estressores (variável contínua) se configurou como fator de risco para tal desfecho quando da análise da regressão logística simples. Evidenciou-se, pois, que na presença da variável depressão materna e dos processos de resiliência familiar o acúmulo e a recorrência de eventos estressores deixaram de ter significância para o comportamento infantil.

O total de processos de resiliência, por sua vez, foi significativo para as díades *casos* e *não casos* e para os desfechos Com e Sem dificuldades de comportamento, além de ter se

mantido como tal na análise de regressão simples e multivariada, enquanto variável dicotômica e contínua, se configurando como fator de proteção para as crianças e como a variável que melhor explicou a variável predita.

A fim de discutir tais dados e frente à complexidade dos elementos que compuseram as variáveis relativas aos estressores e aos processos de resiliência familiar, tratar-se-á de tais elementos, de forma separada, com suporte das análises prévias, relativas aos perfis das díades *casos* e *não casos* e às associações com o desfecho comportamento das crianças. Inicialmente, abordar-se-á os estressores relativos a características sociodemográficas, os estressores incidindo sobre a saúde dos familiares e sobre a saúde e vida escolar das crianças, e os relativos ao envolvimento dos pais com a lei e a justiça.

Conforme dados relativos ao perfil das díades *casos* e *não casos*, foram identificadas diferenças significativas quanto a variável relativa aos estressores sociodemográficos. Contudo, o comportamento das crianças das díades *casos* não foi explicado por variáveis desse tipo (escolaridade materna, constituição familiar, classe socioeconômica e renda familiar), conforme verificado nas análises bivariadas realizadas. Para os desfechos das 100 crianças avaliadas, os estressores sociodemográficos também não foram significativos. Tais dados sinalizaram para associação desse estressor com a depressão materna mas não com o comportamento das crianças, o que indica que no contexto da depressão materna há mais chances dos indicadores de estresse sociodemográficos estarem presentes não sendo contudo tal condição exclusiva para a compreensão dos desfechos infantis.

Estudos preditivos diversos, com amostras da comunidade, identificaram de forma distinta do verificado para a presente amostra o impacto cumulativo de tais variáveis sociodemográficas para as crianças entre oito e nove anos de idade (LUOMA et al., 2001), além de verificarem a presença de mais sintomas depressivos para escolares expostos a elevado risco econômico (GRAHAM; EASTERBROOKS, 2000) ou ao baixo nível socioeconômico de suas famílias (TOMPSON et al, 2010). A ausência paterna, inerente às famílias monoparentais, foi ainda condição preditora de problemas para crianças em idade escolar que conviviam com a depressão materna, verificado nos estudos longitudinais, com amostra da comunidade, de Chang, Halpern e Kaufman (2007) e Boyce et al. (2006), esses últimos avaliando o baixo envolvimento paterno no primeiro ano de vida da criança, e com amostra clínica, de conveniência, no estudo de Talati et al. (2007).

Os eventos estressores incidindo sobre a saúde dos familiares foi condição que não apresentou impacto significativo, tanto na comparação do perfil do ambiente familiar das díades *casos* e *não casos* quanto das associações para as crianças Com e Sem dificuldades de comportamento. Quanto a tal variável, não se identificou estudos preditivos que verificassem o impacto, associado à depressão materna, de variáveis relativas à saúde dos familiares, com exceção de estudos que avaliaram comorbidades com a depressão materna, incluindo a presença de transtornos de ansiedade (KAREVOLD et al., 2009; RICE et al., 2010) e de problemas de conduta maternos (LOEBER et al., 2009), condições que, pelos critérios do presente estudo, foram excluídas da amostra.

Quanto aos indicadores relativos à saúde e vida escolar das crianças e ao envolvimento dos familiares com a polícia ou com a lei, destaca-se que tais categorias apresentaram diferenças significativas entre as díades *casos* e *não casos*, mas apenas a primeira foi significativa para as crianças Com e Sem dificuldades de comportamento. No conjunto de estudos preditivos analisados, que contemplavam também a depressão materna dentre as variáveis testadas, não foram identificados resultados semelhantes ao do presente estudo quanto aos estressores incidindo sobre a criança, que incluiu subcategorias relativas à sua saúde, ao relacionamento com os pares e professores, ao contexto da instituição de ensino e ao processo de aprendizagem.

Analisando-se as características do estudo em questão, em relação aos estudos de predição identificados na literatura, verificou-se uma diversidade de variáveis incluídas, separadamente ou em conjunto, e do uso de instrumentos de rastreamento, sendo a depressão materna variável avaliada entre outras condições de risco e não como condição principal, definida *a priori*, o que dificulta as comparações pontuais. Contudo, ressalta-se a importância da inclusão de condições relativas à criança e ao envolvimento dos pais com a polícia e a lei, especialmente em amostras clínicas, quando da análise de predição do comportamento de crianças que convivem com a depressão materna.

Outra categoria incluída e analisada enquanto condição estressora referiu-se às interações familiares, que foram abordadas enquanto condições estressoras relativas a conflitos familiares, conjugais, separação entre os pais, recasamento dos pais e aumento da ausência dos pais na rotina de vida da criança. Enquanto condição estressora, o conjunto de subcategorias relativas às interações familiares não apresentou diferenças para as díades *casos* e *não casos*, bem como para o desfecho Com e Sem dificuldades de comportamento

das crianças, o que sinalizou para a homogeneidade da amostra quanto a tal subcategoria de eventos.

Destaca-se, contudo, que variáveis relativas à dinâmica familiar, incluindo as interações e as práticas educativas, também foram abordadas em categorias dos processos de resiliência familiar, especialmente quanto aos padrões organizacionais e processos de comunicação.

As interações, enquanto condição de proteção, foram analisadas a partir dos padrões de organização, incluindo as categorias relativas à rotina diária com a participação materna nos cuidados com a criança, aos recursos para reorganização da rotina, aos compromissos dos membros da família nos cuidados com a criança, à liderança para definição da rotina, à monitoria positiva e à rede de suporte; e em categorias referentes aos processos de comunicação, incluindo a clareza e consistência na comunicação, a empatia, o compartilhamento adequado dos sentimentos, as interações agradáveis, a resolução colaborativa de problemas e os comportamentos pró-ativos. No presente estudo, os referidos processos foram significativos na comparação entre as díades *casos* e *não casos* e quando da associação para crianças Com e Sem dificuldades de comportamento, o que também se observou para o sistema de crenças quando da referida comparação entre díades. Evidenciou-se, pois, que tais recursos ou sua ausência mostraram-se condição relevante para a compreensão do contexto de vida das famílias que convivem com mães com depressão e para o desfecho comportamento das crianças, tendo o total de escores de resiliência familiar avaliados se configurado como variável preditora, com características de proteção, do comportamento infantil.

As variáveis relativas à dinâmica familiar foram aquelas que se mostraram com maior congruência entre os autores, apesar de serem tratadas de forma diversa. Estudos preditivos prévios, com delineamento transversal, com amostras da comunidade, abordaram como preditores associados à depressão materna, avaliada por instrumentos de rastreamento: a expressão crítica materna para problemas externalizantes para escolares (TOMPSON et al., 2010), a baixa comunicação entre mãe e filho, entre 10 e 12 anos de idade, para problemas de conduta (DRABICK et al., 2006), a desatenção, a impulsividade e a hostilidade materna para problemas de conduta em crianças entre quatro e oito anos de idade (CHEN; JOHNSTON, 2007), os conflitos familiares para sintomas internalizantes e externalizantes em escolares, a baixa intimidade do casal para sintomas internalizantes das crianças e, quando

da inclusão no modelo de predição da variável evitação materna no contato com os filhos, tal condição mostrou ser a única a predizer os problemas de comportamento internalizante das crianças (WHIFFEN; KERR; KALLOS-LILLY, 2005). Um único estudo transversal, com amostra clínica, verificou que comportamentos maternos positivos e afetivos predisseram menos problemas de comportamento externalizante para meninos e meninas, entre sete e 14 anos de idade (FOSTER; GARBER; DURLAK, 2008).

Os estudos preditivos longitudinais prévios avaliaram indicadores relativos à interação mãe-filho e comportamento materno, relacionamento conjugal, práticas parentais e suporte social. Estudos, com amostra da comunidade, que avaliaram a depressão materna mediante instrumentos de rastreamento, identificaram como preditores associados à depressão materna: o apego entre mãe e filho, sendo o apego inseguro aos três anos de idade e o apego desorganizado na pré-escola preditores de sintomas depressivos das crianças aos 11 anos de idade (MILAN; SNOW; BELAY, 2009), a atitude negativa da mãe foi preditora de trajetórias com problemas de conduta persistentes na infância e adolescência (BARKER; MAUGHAN, 2009), a disfunção familiar, avaliada a partir das estratégias para solução de problemas, da comunicação e papéis desempenhados, do envolvimento afetivo, da responsividade e da autorregulação emocional, se configurou como preditora para sintomas de ansiedade na infância (PAGANI et al., 2008), os conflitos conjugais foram preditores para sintomas depressivos e problemas comportamentais aos sete e oito anos de idade (BURT et al., 2005), o pouco cuidado dos pais no cotidiano das crianças predissera problemas de comportamento externalizante e o baixo monitoramento foi preditor para problemas de comportamento internalizante, bem como o maior cuidado parental predissera mais comportamentos pró-sociais dos filhos entre 10 e 15 anos de idade (ELGAR et al., 2007), as práticas parentais com controle coercitivo foram preditoras de baixa autoestima dos filhos na idade escolar (MURRAY et al., 2006) e punição severa predissera múltiplos problemas em meninas entre sete e 11 anos de idade (LOEBER et al., 2009).

Dois estudos longitudinais avaliaram preditores para desfechos infantis, com amostra clínica de mães com depressão, tendo Pilowsky et al. (2006) verificado a associação da depressão materna com a discórdia familiar e com transtorno depressivo maior e de ansiedade por parte dos filhos, a partir dos seis anos de idade até a idade adulta, e o estudo de Feng, Shaw e Silk (2008) observado que o controle negativo materno e a timidez das

crianças foram preditores de sintomas depressivos e de ansiedade, por parte dos filhos entre 10 e 11 anos de idade.

Tais modelos de predição atestam a tendência da literatura a considerar indicadores relativos à dinâmica familiar enquanto condição relevante para a compreensão dos desfechos infantis, o que é congruente com os dados da presente amostra. Contudo, a diversidade de instrumentos utilizados nos estudos prévios, principalmente quanto à avaliação das variáveis relativas ao contexto familiar, e a escolha das variáveis para testagem nos modelos probabilísticos também são condições que limitam as comparações entre os dados dos estudos prévios e dos decorrentes do presente trabalho. Nas revisões de Mendes et al. (2012) e de Elgar et al. (2004), tais considerações são apresentadas ainda quanto às diferenças importantes nos delineamentos adotados, com ênfase nas fontes de informação, critérios de inclusão das mães e crianças nas amostras, recrutamento, tamanho das amostras e instrumentos para avaliação da depressão materna.

Destaca-se, ainda, que nos estudos prévios as variáveis relativas ao contexto familiar foram, em sua maioria, testadas enquanto condições de risco para o desenvolvimento de crianças, o que, para além de espelharem a variedade de objetivos a que os autores se propuseram, evidenciaram a consistência quanto ao peso dado pela literatura aos eventos estressores cumulativos, com destaque para condições sociodemográficas e da dinâmica familiar. Contudo, verificou-se que a inclusão de variáveis definidas *a priori* como condições protetivas, no interjogo com as de risco, para a predição da competência e adaptação das crianças ainda é discreta.

Tal análise pode ser feita inclusive para os recursos da rede de suporte social, que ora são considerações enquanto proteção, tal como no estudo de Anhalt, Telzrow e Brown (2007), que identificaram, no contexto da depressão materna, associação inversa com problemas de comportamento externalizante na entrada da criança na escola, ora como condições de risco, como no estudo de Ashman, Dawson e Pamagiotides (2008), que verificaram a associação direta entre baixo suporte social e mais problemas de comportamento internalizante e externalizante para crianças aos sete e oito anos de idade, expostas à depressão materna.

No presente estudo, o suporte social foi considerado, tal como conceituado por Gottlieb (1983), como recurso de proteção, incluído dentre os processos de resiliência familiar nos elementos que compuseram os padrões organizacionais, conforme proposto por

Walsh (2005). Foram consideradas nessa categoria a composição e a efetividade das redes de suporte pessoal e comunitária às mães avaliadas, incluindo dados relativos à quantidade de pessoas e serviços utilizados e à percepção quanto ao auxílio positivo. Na rede de suporte pessoal, avaliou-se a presença de pessoas íntimas com influência positiva, com destaque para o pai da criança e de outras pessoas de convívio da mãe. Considera-se, pois, relevante a inclusão de tal aspecto da organização familiar entre as variáveis a serem investigadas junto às famílias que convivem com a depressão recorrente das mães, na medida em que tal transtorno causa incapacitação (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006) e prejuízos diversos, como referido por 68% das mulheres das díades *casos* do presente estudo, sendo o suporte oferecido a essas mães condição que pode minimizar a influência da depressão para o contexto familiar e desfecho infantil.

Outra variável pouco estudada pelos autores refere-se às crenças familiares, condição verificada como tendo diferença significativa para as díades *casos* e *não casos*, apesar de não ter sido identificada como preditora do comportamento infantil. Jacobs et al. (2012), em estudo longitudinal, com amostra clínica, verificaram que as famílias que partilhavam entre seus membros da mesma religião contavam com tal recurso como fator de proteção para sintomas depressivos e ansiosos dos filhos, em idade escolar. No presente estudo, além das crenças religiosas, incluiu-se como categorias de análise os recursos maternos a identificação e atribuição de sentido às adversidades vivenciadas, o reconhecimento de crenças facilitadoras e obstrutivas realísticas, a presença de projetos familiares e a perspectiva positiva, bem como o compartilhamento entre os membros da família desse sistema de crenças. Observou-se a relevância de se avaliar tal variável no contexto da depressão materna, na medida em que as díades *casos* apresentaram, com significância estatística, menos recursos referentes ao sistema de crenças.

No contexto da resiliência familiar, Walsh (2005) destacou que os eventos estressores, principalmente os mais graves e crônicos, interferem nas trajetórias desenvolvimentais das crianças quando trazem prejuízos para os processos de resiliência. O cenário de famílias que convivem com a depressão materna recorrente poderia indicar para um contexto familiar exclusivamente negativo para as crianças, frente à associação de tal transtorno a outras condições estressoras, o que não foi observado no presente estudo, na medida em que recursos também foram identificados em tais famílias.

Como hipótese do presente estudo, partiu-se da afirmativa que o peso dos eventos estressores avaliados, associados à depressão materna, poderia sofrer a influência dos processos de resiliência familiar, o que foi confirmado pelos resultados obtidos a partir dos modelos multivariados. A análise dos dados do presente estudo, com uma amostra clínica de mães com depressão recorrente, colocou em destaque o peso do acúmulo de eventos estressores a que estavam expostas as famílias que conviviam tal psicopatologia, bem como o peso dos recursos relativos aos processos de resiliência familiar avaliados para a adaptação infantil. Constatou-se que as famílias que, mesmo frente às adversidades, mantiveram o compartilhamento das crenças positivas, mais padrões de organização e comunicação familiar, foram mais efetivas na proteção das crianças, quanto às dificuldades comportamentais.

Tal cenário coloca em foco a complexidade causal envolvida na compreensão dos desfechos infantis e a relevância quanto a aspectos relativos à comunicação e ao comportamento dos membros familiares para essa avaliação, em uma perspectiva de sucesso, tal como proposto na revisão de Böing, Crepaldi e Moré (2008).

No contexto da psicopatologia do desenvolvimento, que enfatiza a multifatorialidade na compreensão dos desfechos adaptativos e disfuncionais das crianças e o interjogo entre condições de risco e de proteção, destaca-se como a principal contribuição do presente estudo ter avaliado eventos estressores diversos, incidindo cumulativamente sobre a criança e a família, com indicadores de recorrência e gravidade, bem como ter avaliado condições relativas aos processos de resiliência familiar, de modo a identificar as variáveis associadas à depressão materna recorrente com impacto para o desfecho comportamento de escolares. Os avanços possíveis com a análise de tais dados referem-se à identificação de variáveis de risco e de proteção para o desenvolvimento infantil e do valor de predição dos processos de resiliência para o desfecho comportamento das crianças da presente amostra.

Considera-se que a identificação das variáveis de recurso relativas aos processos de resiliência familiar enquanto preditores do comportamento de crianças, expostas a múltiplos eventos estressores, podem contribuir para o planejamento de prevenção e para a proposição de práticas de saúde mental, com destaque para orientações às famílias, principalmente, quanto ao modo como organizam a rotina e à qualidade das interações interpessoais.

Tais dados podem, assim, instrumentar ações nos diversos níveis de atenção em saúde e nos demais equipamentos de atendimento à criança, adolescente e famílias, tal como os relativos à educação formal e a Assistência Social. A visão da família enquanto sistema complexo, com dificuldades e recursos, deve orientar essas ações, pautadas ainda em intervenções que potencializem as habilidades existentes de enfrentamento dos desafios, que estimulem a família a participar do processo de enfrentamento das adversidades e que favoreça o desenvolvimento de habilidades nos membros familiares de forma a aprenderem a lidar com as adversidades. Frente aos dados analisados, destaca-se como relevante programas, nos diversos níveis de atenção, que prevejam avaliações das famílias que convivem com a depressão materna, mas também das famílias que não demandam atendimentos psicológicos e/ou psiquiátricos, na medida em que estas também podem ser expostas a eventos adversos cumulativos, agudos, recorrentes e/ou graves, ponderando-se relevante que o diagnóstico familiar inclua os processos de resiliência e se dê em uma perspectiva positiva, centrada nos recursos deste contexto, e permitam ações intersetoriais que favoreçam, principalmente, a (a) estabilidade do cotidiano familiar quanto à rotina, à capacidade de reorganizá-la frente a imprevisto, à participação materna e de demais membros familiares nos cuidados com a criança, com a efetivação de uma rede pessoal e comunitária de suporte, além de práticas parentais positivas e segurança financeira; e (b) processos de comunicação que incluam a clareza e consistência nas mensagens, a empatia, o compartilhamento adequado dos sentimentos, as interações agradáveis, a resolução colaborativa de problemas e os comportamentos pró-ativos, inclusive como condição para o exercício da cidadania.

6 Considerações Finais

Considerando os objetivos do presente estudo, destacar-se-á os principais resultados relativos às comparações entre as díades e ao comportamento das crianças, bem como às variáveis com valor preditivo.

Identificou-se semelhanças quanto ao perfil para as díades *casos* (filhos que conviviam com mães com depressão recorrente) e *não casos* (filhos que conviviam com mães sem transtornos psiquiátricos), relativas a variáveis sociodemográficas, incluindo o perfil das crianças quanto à idade, sexo e escolaridade, e o perfil das mães referentes à idade, ocupação e número de filhos, bem como a variáveis do ambiente familiar, quanto aos estressores incidindo sobre a saúde dos membros familiares, sobre as interações familiares e ao total de estressores codificados. Quanto às demais variáveis sociodemográficas, observou-se que as díades *casos* apresentaram perfil com predomínio de (a) mães com menor escolaridade (até oito anos de estudo formal), (b) famílias monoparentais, das classes econômicas C e D e com renda menor que três salários mínimos por mês, bem como ambiente familiar com (c) mais eventos estressores em geral e crônicos e estressores relativos a características sociodemográficas e aquelas que incidiram sobre a saúde e vida escolar das crianças e sobre o envolvimento dos familiares com a lei e (d) menos recursos do ambiente familiar e relativos aos três processos-chave de resiliência familiar e ao total de processos.

Quanto ao comportamento das crianças, verificou-se alta taxa de problemas para o total de crianças da amostra e, prioritariamente, para as crianças das díades *casos*, verificando-se associações significativas dos problemas de comportamento com diversas variáveis, a saber: (a) baixa escolaridade materna, (b) presença de depressão materna, (c) presença de mais estressores em geral e recorrentes, de mais eventos estressores incidindo sobre a saúde e vida escolar das crianças e de mais eventos estressores codificados no total, e (d) presença de menos recursos do ambiente familiar, de menos processos de resiliência familiar no total e relativos aos padrões de organização e aos processos de comunicação.

Ao se avaliar o valor preditivo da depressão materna, dos eventos estressores e dos processos de resiliência familiar para o desfecho comportamento de crianças em idade escolar, observou-se nas análises univariadas associação direta das duas primeiras variáveis para tal desfecho, que se configuraram como condições de risco, e associação negativa para os processos de resiliência, identificados como de proteção para o comportamento das

crianças, padrão que se manteve exclusivamente quanto aos processos de resiliência familiar quando da análise multivariada.

Faz-se necessário analisar alguns limites e alcances metodológicos do estudo, tais como o delineamento transversal e a fonte de dados. Ao adotar o delineamento transversal, não foi possível a verificação empírica da sequência temporal da influência da depressão materna e demais variáveis do contexto familiar para o desfecho comportamento das crianças, o que poderia ser melhor investigado mediante delineamento longitudinal, com medidas das variáveis avaliadas em diversos momentos da vida das crianças. Quanto à fonte de dados, destaca-se que foram coletados junto às mães e seus filhos, não sendo utilizadas outras fontes de informação, tais como a escola e outros familiares, o que poderia fornecer indicadores sobre o comportamento das crianças, tendo por referência outros contextos e informantes. Além disso, o número de participantes incluídos nas díades ($n=50$) também limitou as análises quanto aos tipos de comportamento avaliados pelo SDQ, não tendo sido possível a aplicação de procedimentos estatísticos que analisassem, separadamente, cada uma das subescalas de tal instrumento, enquanto medida de desfecho.

A fonte de identificação das mães foram serviços ambulatoriais de saúde mental para as díades *casos* e uma Unidade de Saúde da Família para as díades *não casos*, o que pode ser tomado como uma característica representativa de famílias atendidas em serviços da rede pública de saúde, no nível terciário e primário da atenção em saúde, sem, contudo abranger uma gama de serviços e amostras multicêntricas, o que daria aos dados maior representatividade.

Em contrapartida, cuidados metodológicos adotados podem ser destacados, incluindo a avaliação sistemática das mães por meio de instrumento diagnóstico, aferido para a realidade brasileira, além da coleta de dados ter se dado por avaliadores treinados. Destaca-se, ainda, como aspecto positivo o fato do Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado, aplicado a todas as mães, ter sido construído a partir de constructos teóricos e analisado por dois pesquisadores familiarizados com a teoria da resiliência familiar para a adequação da linguagem e distribuição de itens por categorias. A estrutura de análise do conteúdo das falas das mães, desenvolvida a partir de categorias e de subcategorias, permitiu a aplicação de um procedimento sistemático de codificação dos dados com alta concordância entre avaliadores independentes, bem como possibilitou o tratamento estatístico de tais dados.

Destaca-se como principais contribuições do estudo: (a) a identificação de perfis diferenciados quando da comparação entre famílias que convivem com a depressão materna e as que não convivem com tal psicopatologia; (b) a inclusão da depressão materna, de eventos estressores e de recursos e processos de resiliência familiar para a predição de problemas de comportamento de escolares; (c) a análise de predição, tendo como variáveis os eventos estressores recorrentes e cumulativos e condições protetoras para compreensão do impacto da depressão materna recorrente para o desfecho comportamento de escolares; (d) a identificação da depressão materna e de eventos estressores cumulativos como condições de risco ao comportamento das crianças e dos processos de resiliência familiar como recurso de proteção para tal desfecho; e (e) a identificação de modelos de predição que evidenciaram o valor dos processos de resiliência familiar para o desfecho comportamento das crianças, na presença da depressão materna e de eventos estressores múltiplos, enfocando assim o interjogo entre condições protetoras e de risco e a direção da associação com a depressão materna recorrente para o desfecho comportamento das crianças em idade escolar.

Frente ao acúmulo de eventos estressores relativos ao contexto familiar identificado também nas díades *não casos*, pondera-se que tais famílias também se beneficiariam, no nível da atenção básica em saúde, de estratégias de intervenção precoce e com ênfase na prevenção, que considerassem o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento das condições estressoras, incluindo a avaliação e o estímulo aos processos de resiliência familiar nos programas de prevenção e intervenção.

Com base nos dados do estudo, pontua-se desdobramentos para as práticas de saúde mental, destacando-se a relevância, nos diversos níveis de atenção em saúde e nos programas da rede de atenção à infância e juventude, da avaliação de condições contextuais incluindo eventos estressores relativos ao ambiente familiar e recursos de proteção potencializadores da resiliência familiar, o que pode favorecer a identificação de eventos estressores co-ocorrendo e de recursos a serem potencializados ou desenvolvidos no contexto familiar para o enfrentamento dos estressores cotidianos e recorrentes, com influência para o comportamento de escolares e, conseqüentemente, para o desenvolvimento infantil.

No cenário da depressão materna, enfatiza-se a importância de que as condições clínicas de tal transtorno, especialmente a gravidade, recorrência e recaídas, tratamento e

tempo de exposição da criança à sintomatologia materna, sejam consideradas, em associação às demais condições contextuais, nas ações e políticas públicas relativas à saúde mental materna.

Em razão da relevância da temática associada ao impacto da depressão materna para o comportamento dos filhos em idade escolar, sinaliza-se para a demanda de novos estudos que investiguem o valor preditivo de categorias específicas dos processos de resiliência familiar para o comportamento das crianças que convivem com a depressão materna recorrente e múltiplos estressores do ambiente familiar, nas diferentes fases do desenvolvimento, e que considerem informantes diversos quanto ao desfecho comportamento de escolares. Considera-se que estudos com delineamento longitudinal, com maior número de participantes, com outras fontes de informação e que incluam outras medidas de desfecho poderão favorecer a identificação de condições específicas de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil, em períodos distintos do desenvolvimento.

Frente a tais considerações, conclui-se que os objetivos propostos foram atingidos e que os resultados desse estudo, dentro de seus limites metodológicos, contribuíram para uma melhor compreensão dos indicadores do ambiente familiar que influenciam o comportamento de crianças em idade escolar, que convivem com a depressão materna recorrente, e para o planejamento de ações e programas em saúde mental, que incluam indicadores relativos aos processos de resiliência familiar, em uma perspectiva positiva, centrada nos recursos desse contexto e que favoreçam padrões coerentes e flexíveis, principalmente, quanto à organização e comunicação familiar.

Referências²

---

² Elaboradas de acordo com a ABNT NBR 6023 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2002)

ACHENBACH, T. M. et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. **The Journal of Child Psychology and Psychiatric**, v. 49, n. 3, p. 251-275, 2008.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. **Social Science Medicine**, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, 2004.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ANDRADE, L. A. et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **Plos-One**, v. 7, p. 1-7, 2012.

ANGELINI, A. L. et al. **Manual das matrizes progressivas coloridas de Raven**: escala especial. Manual. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 1999.

ANHALT, K.; TELZROW, C. F.; BROWN, C. L. Maternal stress and emotional status during the perinatal period and childhood adjustment. **School Psychology Quarterly**, v. 22, n. 1, p. 74-90, 2007.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

ARAYA, R. et al. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. **British Journal of Psychiatry**, v. 178, p. 228-233, 2001.

ASBURY, K., DUNN, J. F., PLOMIN, R. Birthweight-discordance and differences in early parenting relate to monozygotic twin differences in behaviour problems and academic achievement at age 7. **Developmental Science**, v. 9, n. 2, p. 22-31, 2006.

ARSENIO, W. F.; SESIN, M.; SIEGEL, L. Emotion-related abilities and depressive symptoms in latina mothers and their children. **Development and Psychopathology**, v. 16, n. 1, p. 95-112, 2004.

ASHMAN, S. B.; DAWSON, G.; PANAGIOTIDES, H. Trajectories of maternal depression over 7 years: Relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. **Development and Psychopathology**, v. 20, n. 1, p. 55-77, 2008.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, R. V. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 92-100, 2009.

ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil 2013 - Perfil municipal Ribeirão Preto. In: Programa das nações unidas para o desenvolvimento, Instituto de pesquisa econômica aplicada e fundação João Pinheiro. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/ribeirao-preto_sp>. Acesso em: 26 fev 2014.

BAGNER, D. M. et al. Effect of maternal depression on child behavior: A sensitive period? **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 49, n. 7, p. 699–707, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2009.

BARKER, E. D.; MAUGHAN, B. Differentiating early-onset persistent versus childhood-limited conduct problem. **American Journal Psychiatry**, v. 166, n. 8, p. 900-908, 2009.

BARKER, E. D. et al. The relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. **The British Journal Psychiatry**, v. 200, n. 2, p. 124–129, 2012.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

BENETTI, S. P. C. Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 261-268, 2006.

BERGERON, L. et al. Correlates of depressive disorders in the Quebec general population 6 to 14 years of age. **Journal Abnormal Child Psychology**, v. 35, n. 3, p. 459-474, 2007.

BERNARDES-DA-ROSA, L. T. et al. Caracterização do atendimento psicológico prestado por um serviço de psicologia a crianças com dificuldades escolares. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 5-14, 2000.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Org.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 135-57.

BIGRAS, M.; CREPALDI, M. A.; LIMA, M. L. C. A mother-child secure attachment to prevent interpersonal violence among young people. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 11, n. 1, p. 15-20, 2011.

BÖING, B.; CREPALDI, M. A.; MORÉ, C. L. O. J. Pesquisa com famílias: aspectos teórico-metodológico. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 251-266, 2008.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A. Problemas de comportamento: Um panorama da área. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 2, p. 91-103, 2003.

BOYCE, W. T. et al. Early father involvement moderates biobehavioral susceptibility to mental health problems in middle childhood. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 45, n. 12, p. 1510-1520, 2006.

BURT, K. B. et al. Mediating links between maternal depression and offspring psychopathology: the importance of independent data. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 46, n. 5, p. 490-499, 2005.

CAMPBELL, S. B. et al. Trajectories of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and children's functioning at school entry. **Developmental Psychology**, v. 43, n. 5, p. 1202-1215, 2007.

CAMPBELL, S. B. et al. A latent class analysis of maternal depressive symptoms over 12 years and offspring adjustment in adolescence. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 118, n. 3, p. 479-493, 2009.

CHANG, J. J.; HALPERN, C. T.; KAUFMAN, J. S. Maternal depressive symptoms, father's involvement, and the trajectories of child problem behaviors in a US national sample. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 161, n. 7, p. 697-703, 2007.

CHEN, M.; JOHNSTON, C. Maternal Inattention and Impulsivity and Parenting Behaviors. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 36, n. 3, p. 455-468, 2007.

CORTES, R. C. et al. Gender differences in the association between maternal depressed mood and child depressive phenomena from grade 3 through grade 10. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 35, n. 5, p. 815-826, 2006.

CORAPCI, F.; SMITH, J.; LOZOFF, B. The role of verbal competence and multiple risk on the internalizing behavior problems of Costa Rican youth. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1094, p. 278-281, 2006.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

CURY, C. R.; GOLFETO, J.H. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 3, p. 139-145, 2003.

DEL-BEN, C. M. **Estudo da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico obtido através da entrevista clínica estruturada para o DSM-III-R (SCID) em serviço ambulatorial de um hospital escola. 1995.** Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

DEL-BEN, C. M. et al. Confiabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV – versão clínica traduzida para o português. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p. 156-159, São Paulo, 2001.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano, **Paidéia**, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.

DIETZ, L. J. et al. Mother-child interactions in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 47, n. 5, p. 574-82, 2008.

DRABICK, D. A. G. et al. Risk factors for conduct problems and depressive symptoms in a cohort of Ukrainian children. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 35, n. 2, p. 244-256, 2006.

EATON, W. W. et al. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. **Archives of General Psychiatry**, v. 65, n. 5, p. 513-20, 2008.

ELGAR, F. J., et al. Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: the mediating role of parental behavior. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 35, n. 6, p. 943-955, 2007.

ELGAR, F. J. et al. Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. **Clinical Psychology Review**, v. 24, n. 4, p. 441-59, 2004.

ESSEX, M. J. et al. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n. 11, p. 1246-1256, 2006.

FENG, X.; SHAW, D. S.; SILK, J. S. Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 117, n. 1, p. 32-47, 2008.

FELDMAN, R.; MASALHA, S. The role of culture in moderating the links between early ecological risk and young children's adaptation. **Development and Psychopathology**, v. 19, n. 1, p. 1-21, 2007.

FERRIOLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 251-259, 2007.

FLEITLICH, B. W.; CORTÁZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). **Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência**, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 2-6, 2000.

FOSSUM, S. et al. Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: are girls different from boys? **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 48, n. 5, p. 375-82, 2007.

FOSTER, C. J. E.; GARBER, J.; DURLAK, J. A. Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. **The Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 36, n. 4, p. 527-537, 2008.

GÁLERA, C. et al. Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. **Archives of General Psychiatry**, v. 68, n. 12, p. 1267-1275, 2011.

GARBER, J.; LITTLE, S. Predictors of competence among offspring of depressive mothers. **Journal of Adolescent Research**, v. 14, n. 1, p. 44-71, 1999.

GARTSTEIN, M. A. et al. Depressed mood and maternal report of child behavior problems: another look at the depression-distortion hypothesis. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 30, n. 2, p. 149-60, 2009.

GARCIA, S. C.; BRINO, R. F.; WILLIAMS, L. C. A. Risco e resiliência em escolares: um estudo comparativo com múltiplos instrumentos. **Psicologia da Educação**, n. 28, p. 23-50, 2009.

GERSHOFF, E. T. Parental corporal punishment and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. **Psychological Bulletin**, v. 128, n. 4, p. 539-579. 2002.

GERKENSMEYER, J. E. et al. Maternal depressive symptoms when caring for a child with mental health problems. **The Journal of Child and Family Studies**, v. 20, n. 5, p. 685-695, 2011.

GOMIDE, P. I. C. et al. Correlação entre práticas educativas, estresse, depressão e habilidades sociais. **Psico-Universidade de São Francisco**, v. 10, n. 2, p. 169-178, 2005.

GOODMAN, R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 581-586, 1997.

GOODMAN, A. et al. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. **Journal American Academic of Child and Adolescent**, v. 46, n. 4, p. 448-456, 2007.

GOODMAN, S. H. et al. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 14, n. 1, p. 1-27, 2011.

GOODMAN, S. H.; GOTLIB, I. H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. **Psychological Review**, v. 106, n. 3, p. 458-490, 1999.

GOTTLIEB, B. H. **Social support strategies**. Beverly Hills: Sage Publications. 1983.

GRAHAM, C. A.; EASTERBROOKS, M. A. School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology: the role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk. **Development and Psychopathology**, v. 12, n. 2, p. 201-213, 2000.

GRAVENER, J. A. et al. The relations among maternal depressive disorder, maternal expressed emotion, and Toddler behavior problems and attachment. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 40, n. 5, p. 803-813, 2012.

GREGORY, A. M. et al. Maternal insomnia and children's family socialization environments. **SLEEP**, v. 35, n. 4, p. 579-582, 2012.

GROSS, A. Children of the mentally ill. In: JOHNSON, B. S. (Ed.) **Child, adolescent and family psychiatric nursing** (p. 101-113). Philadelphia: Lippincott Company, 1994.

GROSS, H. E. et al. Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: a longitudinal study from early childhood to adolescence. **Development and Psychopathology**, v. 21, n. 1, p. 139-156, 2009.

GUILHERME, P. R. et al. Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p. 201-207, 2007.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Environmental influences on child mental health. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004.

HAMMEN, C; BISTRICKY, S. L; INGRAN, R. Vulnerability to depression in adulthood. In: INGRAM, R.; PRICE, J. M. (Eds.). **Vulnerability to psychopathology – Risks across the lifespan**. New York: Ed. Guilford Press, 2010. p. 248-281.

HAMMEN, C.; BRENNAN, P.A. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. **Archives of General Psychiatry**, v. 60, n. 3, p. 253-258, 2003.

HAY, D.F.; PAWLBY, S. Prosocial development in relation to children's and mothers psychological problems. **Child Development**, v. 74, n. 5, p. 1314- 1327, 2003.

HAY, D. F. et al. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. **Journal of Child Psychology & Psychiatry**, v. 49, n. 10, p. 1079-1088, 2008.

HERWIG, J. E.; WIRTZ, M.; BENGEL, J. Depression, partnership, social support, and parenting: interaction of maternal factors with behavioral problems of the child. **Journal of Affective Disorders**, v. 80, n. 2-3, p. 199-208, 2004.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. Assessing the fit of the model. In: _____ **Applied Logistic Regression**. John Wiley and Sons, New York, 1989. p. 135–173.

IBGE Cidades – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em 26 fev 2014.

JACOBS, M. et al. Family religion and psychopathology in children of depressed mothers: Ten-year follow-up. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 320–327, 2012.

JASER, S. S. et al. Maternal sadness and adolescents responses to stress in offspring of mothers with and without a history of depression. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 37, n. 4, p. 736-746, 2008.

JOORMANN, J.; TALBOT, L.; GOTLIB, I. H. Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 116, n. 1, p. 135-143, 2007.

KAREVOLD, E. et al. Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. **Developmental Psychology**, v. 45, n. 4, p. 1051-106, 2009.

KERSTE-ALVAREZ L. E. et al. Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: comparison with a community sample. **Child Psychiatry and Human Development**. v. 43, n. 2, p. 201-218, 2012.

KISS, E. et al. Factors influencing mother-child reports of depressive symptoms and agreement among clinically referred depressed youngsters in Hungary. **Journal of Affective Disorders**, v. 100, n. 1-3, p. 143-151, 2007.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, v 16, n. 9, p. 606- 613, 2001.

LEECH, S. L. et al. Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at Age 10. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 45, n. 2, p. 223-230, 2006.

LEIFERMAN, J. The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. **Health Education & Behavior**, v. 29, n. 5, p. 596-607, 2002.

LENGUA, L. J. et al. Effortful control as a moderator of the relation between contextual risk factors and growth in adjustment problems. **Development and Psychopathology**, v. 20, n. 2, p. 509-528, 2008.

LEVE, L. D.; KIM, H. K.; PEARS, K. C. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 33, n. 5, p. 1-21, 2005.

LIEB, R. et al. Parental major depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. **Archives of General Psychiatry**, v. 59, n. 4, p. 365-374, 2002.

LINHARES, M. B. M.; BORDIN, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V. Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.). **Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP, 2004. p. 75-106.

LOEBER, R. et al. Intergenerational transmission of multiple problem behaviors: prospective relationships between mothers and daughters. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 37, n. 8, p. 1035-1048, 2009.

LOOSLI, L.; LOUREIRO, S.R. Associação entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, n.3, p. 94-101, 2010.

LÓPEZ-SOLER, C. et al. Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. **Psicothema**, v. 21, n. 3, p. 353-358, 2009.

LUOMA, I.; KOIVISTO, A. M.; TAMMINEN, T. Fathers' and mothers' perceptions of their child and maternal depressive symptoms. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 58, n. 3, p. 205-11, 2004.

LUOMA, I. et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 40, n. 12, p. 1367-1374, 2001.

LUTHAR, S. S., CHICCHETTI, D., BECKER, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development**, v. 71, n. 3, p. 543-562, 2000.

MAIA, J.; WILLIAMS, L. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005.

MARKOWITZ, J. C. Depressed mothers, depressed children. **American Journal Psychiatry**, v. 165, n. 9, p. 1086-1088, 2008.

MARTURANO, E. M. Psicologia do desenvolvimento no Brasil: pesquisa e relevância social. In: COLINVAUX, D.; LEITE, L. B.; DELL'AGLIO, D. D. (Orgs.). **Psicologia do desenvolvimento: reflexões e práticas atuais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 203-224.

MARTURANO, E. M. Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 135-142, 1999.

MARTURANO, E. M.; FERREIRA, M. C. T. A criança com queixas escolares e sua família. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.). **Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 217-249.

MARTURANO, E. M.; LOUREIRO, S. R. O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**. Campinas-SP: Editora Alínea, 2003. p. 259-291.

MASTEN, A. S., GEWIRTZ, A. H. Vulnerability and resilience in early child development. In: MCCARTNEY, K.; PHILLIPS, D. (Eds.). **Blackwell handbook of early childhood development**. Oxford: Blackwell Publishing Ltd., 2006. p. 22-43.

MENDES, A. V. **Cuidados primários à saúde mental: depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar**. 2009. 160 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MENDES, A. V. et al. Mothers with depression, school-age children with depression? A systematic review. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 48, n. 3, p. 138-148, 2012.

MENDES, A. V.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. Depressão materna e a saúde mental de escolares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 5, p. 178-186, 2008.

MICKELSON, K. D.; DEMMINGS, J. L. The impact of support network substitution on low-income women's health: Are minor children beneficial substitutes? **Social Science & Medicine**, v. 68, n. 1, p. 80-88, 2009.

MILAN, S.; SNOW, S.; BELAY, S. Depressive symptoms in mothers and children: preschool attachment as a moderator of risk. **Developmental Psychology**, v. 45, n. 4, p. 1019-1033, 2009.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In: KOLLER, S. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 91-107.

MURRAY, L. et al. Conversations around homework: Links to parental mental health, family characteristics and child psychological functioning. **British Journal of Developmental Psychology**, v. 24, n. 1, p. 125-149, 2006.

NAJMAN, J. M. et al. Bias influencing maternal reports of child behavior and emotional state. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 36, n. 4, p. 186 -194, 2001.

NEVES, M. M. B. J.; MARINHO-ARAUJO, C. M. A questão das dificuldades de aprendizagem e o atendimento psicológico às queixas escolares. **Revista Aletheia**, n. 24, p. 161-170, 2006.

NORONHA, M. G. R. C. S. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2001. **Relatório anual sobre deficiência mental**. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em 02 set 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2009. **Ficha descritiva – Depressão**. Cúpula Global de Saúde Mental – Atenas, Grécia. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/09/090902_depressao_oms_cq.shtml. Acesso em 02 set 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

OSÓRIO, F., et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, n. 3, p. 216-227, 2009.

PAGANI, L. S., et al. Links between life course trajectories of family dysfunction and anxiety during middle childhood. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 36, n. 1, p. 41-53, 2008.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 524-528, 2008.

PAWLBY, S. et al. Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. **Journal of Affective Disorders**, v. 107, n. 1-3, p. 241-245, 2008.

PICCINELLI, M. E WILKINSON, G. Gender differences in depression: a critical review. **British Journal of Psychiatric**, v. 177, p. 486-492, 2000.

PILOWSKY, D. J. et al. Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-child study. **American Journal of Psychiatry**, v. 165, n. 9, p. 1136-1147, 2008.

PILOWSKY, D. J. et al. Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. **Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry**, v. 45, n. 4, p. 452-460, 2006.

PIZETA, F. A. **Depressão materna associada a múltiplos estressores e a socialização de crianças em idade escolar**. 2009. 222 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

POLETO, M.; WAGNER, T. M. C.; KOLLER, S. H. Resiliência e desenvolvimento infantil e crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 241-250, 2004.

PRICE, J.M.; ZWOLINSKI, J. The nature of child and adolescent vulnerability: history and definitions. In: INGRAM, R.E.; PRICE, J.M. (Orgs.). **Vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan**. 2ª ed. New York: The Guildford Press, 2010. p. 18-38.

PRIMI, R., MUNIZ, J., NUNES, C. H. S. S. Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: HUTZ, C. S. (Org.). **Avanços e polêmicas em avaliação psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. p. 243-265.

PSYCHOGIOU, L.; PARRY, E. Why do depressed individuals have difficulties in their parenting role? **Psychological Medicine**, v. 16, p. 1-3, 2013.

REGALLA, M. A.; GUILHERME, P. R.; SERRA-PINHEIRO, M. A. Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 45-49, 2007.

REIS, L. N. **Perfil epidemiológico de um serviço de saúde mental – uma análise descritiva e analítica**. Ribeirão Preto. 68p. dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

RICE, F., et al. The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. **Psychological Medicine**, v. 40, n. 2, p. 335-345, 2010.

RUTTER, M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: KENT, M. W.; ROLF, J. E. (Eds.). **Primary prevention of psychopathology: social competence in children** Oxford: Blackwell, 1979. p. 49-74.

RUTTER, M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, v. 21, n. 2, p. 119-144, 1999.

SÁ, D. G. F. et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 643-652, 2010.

SAMEROFF, A. J.; FIESE, B. H. Models of development and developmental risk. In: ZEANAH JR., C. H. (Ed.). **Handbook of infant mental health**. Springer, New York: Guilford Press, 2005. p. 3-19.

SANTOS, L. C. **Crianças com dificuldade de aprendizagem: estudo de seguimento**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SANTOS, L. V.; COSTA, L. F. Avaliação da dinâmica conjugal violenta e suas repercussões sobre os filhos. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 6, n. 1, p. 59-72, 2004.

SHANNON, K. E., et al. Familial and temperamental predictors of resilience in children at risk for conduct disorder and depression. **Developmental Psychopathology**, v. 19, n. 3, p. 701-727, 2007.

SILK, J. S. et al. Maternal depression and child internalizing: the moderating role of child emotion regulation. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 35, n. 1, p. 116-126, 2006.

SILVA, D. F. **Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática**. 2010. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SIMÕES, S. C. C. et al. Predição do apego de crianças em função do estilo educativo materno e do tipo de família. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.26, n. 1, p. 168-176, 2013.

SOURANDER, A. et al. Early predictors of parent- and self-reported perceived global psychological difficulties among adolescents: a prospective cohort study from age 3 to age 15. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 41, n. 3, p. 173-182, 2006.

SPITZER, R. L. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. **Journal of American Medicine Association**, v. 272, n. 22, p. 1749-1756, 1994.

SPITZER, R.L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J.B.W. The patient health questionnaire primary care study group, validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. **Journal of American Medicine Association**, v. 282, n. 18, p. 1737-1744, 1999.

STEIN, L. M. **TDE - Teste de desempenho escolar: manual para aplicação e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

STERBA, S. K.; PRINSTEIN, M. J.; COX, M. J. Trajectories of internalizing problems across childhood: heterogeneity, external validity, and gender differences. **Development and Psychopathology**, v. 19, n. 2, p. 345-366, 2007.

TALATI, A. et al. Remission of maternal depression and child symptoms among single mothers: a STAR*D-child report. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 42, n. 12, p. 962-71, 2007.

TAYLOR, R. D.; WANG, M. C. **Resilience across contexts: family, work, culture and community**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2000.

TOMPSON, M. C. et al. Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 38, n. 1, p. 105–117, 2010.

TOTH, S. L.; CICCHETTI, D. The historical origins and developmental pathways of the discipline of developmental psychopathology. **The Israel journal of psychiatry and related sciences**, v. 47, n. 2, p. 95-104, 2010.

VITOLO, Y. L. C. et al. Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 716-724, 2005.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

WATHIER, J. L.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 305-314, 2007.

WEISSMAN, M. M.; JENSEN, P. What research suggests for depressed women with children. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 63, n. 7, p. 641-647, 2002.

WEISSMAN, M. M.; FEDER, A. Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. **Journal of Affective Disorders**, v. 78, n. 2, p. 93-100, 2004.

WEISSMAN, M. M. et al. Offspring of depressed parents: 20 years later. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 6, p. 1001-1008, 2006.

WICKRAMARATNE, P. et al. Children of depressed mothers 1 year after remission of maternal depression: findings from the STAR*D-child study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 168, n. 6, p. 593–602, 2011.

WHIFFEN, V. E.; KERR, M. M.; KALLOS-LILLY, V. Maternal depression, adult attachment, and children's emotional distress. **Family Process**, v. 44, n. 1, p. 93-103, 2005.

WOERNER, W. et al. The strengths and difficulties questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 13, suppl. 2, p. 1147-1154, 2004.

WRIGHT, M. O.; MASTEN, A. S. Resilience process in development: Fostering positive adaptation in the context of adversity. In: GOLDSTEIN, S.; BROOKS, R. B. (Orgs.). **Handbook of resilience in children**. Springer, New York: Business Media, 2006. p. 17-37.

YUNES, M. A. M. Os discursos sobre a questão da resiliência: expressões e consequências para a promoção do desenvolvimento saudável. In: COLINVAUX, D.; LEITE, L. B.; DELL'AGLIO, D. D. (Orgs.). **Psicologia do desenvolvimento: reflexões e práticas atuais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 225-246.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. spe., p. 75-84, 2003.

YUNES, M. A. M.; GARCIA, N. M.; ALBUQUERQUE, B. DE M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 444-453, 2007.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Ed. Cortez, 2001. p. 13-42.

Apêndices e Anexos

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES CASOS**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome da Pesquisa: Crianças que convivem com a depressão materna: recursos pessoais e adversidades do ambiente familiar. / **Associações entre depressão materna e a socialização de escolares: estressores, cuidados familiares e rede de apoio social**

Pesquisador Responsável:

Fernanda Aguiar Pizeta – Psicóloga – CRP 06/69844

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Loureiro – CRP: 06/0347

ESCLARECIMENTO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Descrição das informações que deverão ser, obrigatoriamente, prestadas aos participantes da pesquisa:

Estamos interessados em estudar como situações, como a que você viveu, de depressão, podem influenciar o comportamento e a percepção do seu filho/a com relação ao que sente e pensa sobre ele mesmo. Este conhecimento poderá ser útil para o planejamento de orientação a pais e a prevenção de dificuldades quanto à saúde mental das crianças.

Com a autorização da direção do Ambulatório de Saúde Mental, estamos consultando as mães com filhos com idade entre 7 e 12 anos, atendidas neste Ambulatório que se disponham a participar desse estudo.

A sua participação e a autorização para a participação de seu filho serão muito importantes para conhecermos mais sobre o modo como acontecimentos do dia-a-dia podem influenciar o comportamento da criança e o desempenho na escola.

Pedimos a sua colaboração no sentido de participar e autorizar a participação de seu filho neste estudo. Caso você autorize, convidarei o seu filho a participar do estudo. Vou precisar de dois encontros com você de cerca de 60 minutos cada e também um encontro com seu filho.

Com você, solicitaremos que responda um questionário sobre o comportamento de seu(ua) filho(a) e também um roteiro relativo a algumas características do ambiente familiar. Tais informações serão complementadas com uma entrevista que visa verificar como você e seu filho lidam com os acontecimentos do dia-a-dia. Esta entrevista será gravada, mediante a sua autorização.

Com seu filho, vamos realizar uma atividade para conhecer o jeito dele raciocinar e uma atividade para compreender o jeito dele desempenhar tarefas escolares, são atividades parecidas com as que a criança realiza na escola.

Essas atividades não trazem riscos nem exposição. Seu filho e você não serão identificados. Tomaremos todos os cuidados para garantir o sigilo das informações. Os “resultados” individuais não serão divulgados, a não ser para vocês mesmos, por solicitação direta.

Não haverá qualquer tipo de despesas com as atividades ou material. As atividades serão realizadas nos consultórios do Ambulatório Regional de Saúde Mental.

A qualquer momento você ou seu filho poderão desistir da participação neste estudo, sem nenhum prejuízo ao seu atendimento junto ao Ambulatório.

Esta é uma atividade de pesquisa, não é um atendimento psicológico. Mas caso vocês tenham interesse, poderemos conversar sobre os dados de seu filho e, se for necessário e do interesse de vocês, indicaremos acompanhamento ao mesmo. Coloco-nos à disposição para maiores esclarecimentos. Grata,

Ribeirão Preto, 1º de maio de 2006.

Fernanda Aguiar Pizeta
Psicóloga
Telefone: 3911.6825

Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Loureiro
Psicóloga e Orientadora
Telefone: 3602.2416

AUTORIZAÇÃO:

Tendo recebido informações sobre o projeto de pesquisa “*Depressão Materna: Risco Psicossocial e Recursos de Proteção para Crianças em Idade Escolar*”, eu _____, RG _____, me disponho a participar da pesquisa e autorizo a participação de meu filho _____ na mesma. Declaro ainda que concordo e permito que as entrevistas sejam gravadas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES NÃO CASOS**Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

Nome da Pesquisa: **Associações entre depressão materna e a socialização de escolares: estressores, cuidados familiares e rede de apoio social**

Pesquisador Responsável:

Fernanda Aguiar Pizeta – Psicóloga – CRP 06/69844

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Loureiro – CRP: 06/0347

ESCLARECIMENTO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Descrição das informações que deverão ser, obrigatoriamente, prestadas aos participantes da pesquisa:

Estamos interessados em estudar como situações familiares, dentre elas a experiência de depressão materna, podem influenciar o comportamento e o desempenho escolar do seu(ua) filho(a). Para isso, pretendemos estudar famílias em que as mães já tiveram a experiência de depressão e famílias sem esta experiência. Esse conhecimento poderá ser útil para o planejamento de orientação a pais e para a prevenção de dificuldades das crianças.

A sua participação e a autorização para a participação de seu(ua) filho(a) serão muito importantes para conhecermos mais sobre como as situações familiares do dia a dia podem influenciar o comportamento da criança e o desempenho dela na escola.

Com a autorização do Secretário Municipal de Saúde, estamos consultando as mães com filhos com idade entre 07 e 12 anos, atendidas neste Serviço que se disponham a participar desse estudo.

Pedimos a sua colaboração no sentido de participar e autorizar a participação de seu(ua) filho(a) neste estudo. Caso você autorize, convidarei o(a) seu(ua) filho(a) a participar do estudo. Vou precisar de dois encontros com você de cerca de 60 minutos cada e também um encontro com seu(ua) filho(a).

Com você, solicitaremos que responda um questionário sobre o comportamento de seu(ua) filho(a) e também um questionário sobre algumas características do ambiente familiar. Tais informações serão complementadas com uma entrevista para compreender como você lida com os acontecimentos do dia a dia. Essa entrevista será gravada, mediante a sua autorização.

Com seu(ua) filho(a), vamos realizar uma atividade para conhecer o jeito dele raciocinar e uma atividade para compreender o jeito dele(a) realizar tarefas escolares, são atividades parecidas com as que a criança realiza na escola.

Essas atividades não trazem riscos e nem expõe você, seu(ua) filho(a) ou sua família. Seu(ua) filho(a) e você não serão identificados. Tomaremos todos os cuidados para garantir o sigilo das informações. Os resultados individuais não serão divulgados, a não ser para vocês mesmos, se assim desejarem.

Não haverá qualquer tipo de despesas com as atividades ou material. As atividades serão realizadas nos consultórios deste Serviço.

A qualquer momento você ou seu(ua) filho(a) poderão desistir da participação neste estudo, sem nenhum prejuízo ao seu atendimento.

Esta é uma atividade de pesquisa, não é um atendimento psicológico. Mas caso vocês tenham interesse, poderemos conversar sobre os seus dados e, se for necessário e do interesse de vocês, faremos os encaminhamentos necessários.

Coloco-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata,

Ribeirão Preto, 11 de outubro de 2011.

Fernanda Aguiar Pizeta

Psicóloga

Telefone: 9723.9616

Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Loureiro

Psicóloga e Orientadora

Telefone: 3602.2416

AUTORIZAÇÃO:

Tendo recebido informações sobre o projeto de pesquisa “Associações entre depressão materna e a socialização de escolares: estressores, cuidados familiares e rede de apoio social”, eu _____, RG _____, me disponho a participar da pesquisa e autorizo a participação de meu(inha) filho(a) _____ na mesma.

Declaro ainda que concordo e permito que as entrevistas sejam gravadas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2011.

_____
Assinatura

APÊNDICE C - Questionário Geral

QUESTIONÁRIO GERAL

- 1) Nome: _____
- 2) Estado civil: _____ 3) Data de Nascimento: _____
- 4) Cor (família): ☐ branco ☐ negro ☐ amarelo ☐ mulato ☐ outros _____
- 5) Chefe Família (quem contribui com a maior renda): _____
 Quem garante as necessidades básicas da família: _____
- 6) Grau de instrução: Mãe: _____ Pai/Chefe da família: _____
- 7) Profissão/Ocupação: Mãe: _____ Pai/Chefe da família: _____
 Atividade remunerada: Mãe ( ) **sim** ( ) **não** Pai/Chefe da família ( ) **sim** ( ) **não**
- 8) Naturalidade (mãe/criança): _____
- 9) Endereço residencial: _____
 Telefone(s): Res: _____ Cel: _____ Recado: _____ Trab: _____
- 10) Composição familiar (nº de pessoas na casa, presença de pai ou padrasto, nº de filhos, idade e sexo dos filhos): _____
- 11) Nº de cômodos da casa: _____ Nº de cômodos usados para dormir: _____
 Superpopulação ( ) **sim** ( ) **não**
- 12) Renda aproximada da família (quem contribui): _____
 Recebe bolsa ou outro auxílio governamental: ( ) **sim** ( ) **não**
 (Assinalar o auxílio recebido - Bolsa Família, Ação Jovem, Renda Cidadã, Bolsa Gás e/ou outro)
- 13) Classificação econômica: _____

<i>Posse de Itens</i>	<i>Especificar quantidade</i>
Televisão em cores	
Rádio	
Banheiro	
Automóvel	
Empregada mensalista (pelo menos 5 dias por semana)	
Máquina de lavar/tanquinho	
Vídeo cassete e/ou DVD	
Geladeira	
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	

14) Você está fazendo algum tratamento psicológico/psiquiátrico e/ou neurológico? Já fez?

( ) **sim** ( ) **não**

Qual? Qual o motivo? Se fez no passado, quando fez? _____

_____

15) Tem apresentado algum problema de saúde crônico?

( ) **sim** ( ) **não** Qual? _____

16) Usa ou usou algum medicamento de uso contínuo?

( ) **sim** ( ) **não** Qual? Se usou no passado, quando? _____

Com relação à criança (nome): _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Escolaridade atual: _____ Turno: _____ Escola : _____

_____
Assinatura do avaliador

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado

1. Pensando em seu dia a dia, como você decide o que fazer e o que não fazer? Você se planeja?
2. E quando tem um imprevisto, como fica sua rotina?
3. Como está dividido seu tempo no que se refere ao seu trabalho (em casa e fora de casa, quando tiver) e às necessidades familiares?
4. Alguém lhe auxilia com as atividades domésticas?
5. Como você avalia os cuidados que vem tendo com seu(ua) filho(a) nos últimos 12 meses?
6. Quais são seus compromissos com sua família?
7. E os compromissos dos demais membros da família?
8. Quem é a pessoa que permanece com seu filho a maior parte do tempo?
9. Quem define para seu filho o que pode e o que não pode fazer? Quanto ao ir e vir, quem define o que pode e o que não pode?
10. Frente a dificuldades sérias ou que se repetiram em sua vida, as atividades que você costuma realizar com seu(ua) filho(a) ficaram diferentes ou se alteraram? Quais atividades ficaram diferentes? Como? Por quais dificuldades (incluindo a Depressão para díades *casos* e as adversidades referidas pelas díades *não casos*)? Em quais momentos?
11. E em relação a seu(ua) filho(a), ele(a) tem rotinas a seguir? Quais? Descreva um dia típico da semana de seu(ua) filho(a).
12. Costumam ser quebradas? Por quem? Por quais motivos?
13. Como os limites são colocados a seu(ua) filho(a)?
14. Como seu(ua) filho(a) reage frente ao que pode/é permitido e ao que não pode/é proibido?
15. Como ele(a) lida com as situações do dia-a-dia?
16. Como ele(a) manifesta os afetos/sentimentos no dia a dia (incluindo amor, felicidade, tristeza, medo e raiva)?
17. Em situações novas, como é a adaptação de seu(ua) filho(a)? Como ele(a) reage a elas?
18. Seu(ua) filho(a) pede ajuda frente a situações difíceis? De quem? Em que ocasiões?
19. Você percebe diferenças entre o jeito de ser, pensar e agir de seu(ua) filho(a) em relação a outras crianças, inclusive em relação a crianças da mesma idade dele(a)? Quais?
20. Do que você acha que seu(ua) filho(a) precisa?
21. Você consegue perceber quando seu(ua) filho(a) está precisando de ajuda? Como?
22. Em situações relacionadas a seu(ua) filho(a), você recorre a alguém quando precisa de ajuda ou opinião? A quem?
23. E nas situações em geral, você recorre a alguém ou pede opinião? A quem?
24. E, nos momentos de dificuldade, você pede ajuda ou opinião? A quem?
25. Você recebe ajuda? Qual? De quem?
26. Que situações fazem você se sentir contrariada/irritada? Como identifica/percebe tais situações?
27. Como reage a elas? O que acontece?
28. Quando as pessoas pensam diferente de você e/ou não fazem o que combinaram com você, como você reage?
29. E no caso de seu(ua) filho(a), quando ele(a) não obedece, como você reage?
30. O que você considera mais importante nos relacionamentos e interações? Como se sente frente às interações? (especificar com relação a quem e em quês situações – no lar, no trabalho, com amigos)
31. Como você se expressa seus sentimentos (incluindo amor, felicidade, tristeza, medo e raiva)?
32. As pessoas percebem seus sentimentos?
33. Se percebem, reconhecem de forma adequada? O que eles percebem coincide com o quês você está sentindo?
34. Você compartilha com as pessoas seus sentimentos? Quais pessoas? Que sentimentos?
35. Você consegue perceber quando as pessoas precisam de ajuda?

36. Consegue perceber o que as pessoas estão sentindo, se estão tendo problemas?
37. E na família, percebe quando estão satisfeitos, tristes, com raiva?
38. Em situações de discordância e conflito, como você se sente?
39. Quem você costuma responsabilizar pelos conflitos?
40. As pessoas são comunicadas ou informadas das suas decisões frente aos conflitos? Como?
41. E depois do conflito, como fica a situação?
42. Frente a situações novas ou difíceis (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*), quais são suas expectativas?
43. Ao que você costuma atribuir as dificuldades (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*) que lhe acontecem?
44. Alguma coisa lhe ajudou ou prejudicou a enfrentar as dificuldades (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*)?
45. O que mais lhe ajuda a enfrentar as situações difíceis (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*)?
46. Quando os problemas, dificuldades se repetem (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*), como você faz?
47. Você pensa que pode reagir de outro modo? Exemplifique, conte uma situação.
48. Você ou sua família tem uma crença? De quais atividades religiosas vocês participam? Com que frequência?
49. Você considera que os seus rendimentos (salário, ganhos, dinheiro que advém de seu trabalho) são suficientes para sua família? E os do chefe de sua família? E o total dos rendimentos (ganhos) de sua família?
50. Quanto a sua comunidade, você considera que tem uma vizinhança violenta, com problemas com a polícia?
51. Quais os serviços da comunidade (educacionais, religiosas, de saúde, de esporte e lazer, sócio assistenciais e comunitários) que podem ajudá-la ou à sua família?
52. Você tem algum plano diferente para seu trabalho (dentro ou fora de casa), sua família ou seu(u) filho(a) em relação ao que é hoje?

APÊNDICE E - Quadro de Codificação das Variáveis Contextuais Relativas aos Eventos Estressores

Estressores	Pontuação		
	0	1	2
Estressores relativos ao contexto sócio demográfico da família	Critérios utilizados		
(1) Baixa escolaridade da mãe	Mais de 8 anos de estudo	-	Até 8 anos de estudo
(2) Desemprego/perda de emprego	Nunca ocorreu	Presente uma vez/um momento desde o nascimento da criança	Presente em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
(3) Condição sócio econômica precária	Classe A e B definidas pelo Critério Brasil	Classe C definida pelo Critério Brasil	Classe D e E definidas pelo Critério Brasil
(4) Superpopulação/membro estranho	Ausentes	Presença de membro estranho na casa em um momento desde o nascimento da criança	Presença de mais de xx pessoas por cômodo da casa utilizado como dormitório e/ou Presença de membro estranho na casa em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
(5) Organização familiar não tradicional	Família biparental (pais coabitando a mesma residência durante o desenvolvimento da criança)	Família biparental com a presença atual de padrasto (situação de nova união da mãe)	Família monoparental (mãe solteira/separada/viúva pelo menos no último ano)
(6) Mudança de cidade	Nunca ocorreu	Presente uma vez/um momento desde o nascimento da criança	Presente em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
Estressores relativos às condições de saúde dos membros da família	Critérios utilizados		
(1) Doença grave em familiar próximo	Nunca ocorreu	Presente uma vez/um momento desde o nascimento da criança	Presente em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
(2) Alcoolismo da mãe	Ausente	-	Presente
(3) Alcoolismo do pai	Ausente	-	Presente
(4) Abuso de drogas pela mãe	Ausente	-	Presente
(5) Abuso de drogas pelo pai	Ausente	-	Presente
(6) Perda por morte do pai	Ausente	-	Presente
(7) Perda por morte de algum dos avós	Ausente	-	Presente
(8) Perda por morte de algum dos irmãos	Ausente	-	Presente

Continua

Continuação

Estressores	Pontuação		
	0	1	2
Estressores relativos às interações intrafamiliares	Critérios utilizados		
(1) Conflitos familiares	Nunca ocorreu	Presente uma vez/um momento desde o nascimento da criança	Presente em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
(2) Conflitos conjugais			
(3) Separação dos pais			
(4) Recasamento			
(5) Aumento da ausência do pai e/ou mãe por mais de 8 horas por semana			
Estressores relativos à saúde e situações escolares da criança	Critérios utilizados		
(1) Problema de saúde graves	Nunca ocorreu	Presente uma vez/um momento desde o nascimento da criança	Presente em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
(2) Piora no relacionamento com os pares na escola	Nunca ocorreu	Presente uma vez/um momento desde o nascimento da criança	Presente em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
(3) Problemas de relacionamento na escola com a professora/suspensão	Nunca ocorreu	Presente uma vez/um momento desde o nascimento da criança	Presente em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
(4) Dificuldades de aprendizagem	TDE na média ou superior	-	TDE inferior à média
(5) Mudança de escola	Nunca ocorreu	Presente uma vez/um momento desde o nascimento da criança	Presente em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
Estressores relativos ao envolvimento de membros familiares com situações de violência e com a lei	Critérios utilizados		
(1) Envolvimento de algum dos pais com a criminalidade/justiça	Nunca ocorreu	Presente uma vez/um momento desde o nascimento da criança	Presente em dois momentos ou mais (crônico) desde o nascimento da criança
(2) Violência física/psicológica/sexual contra a criança			
(3) Disputa judicial pela guarda da criança			
(4) Ação judicial de alimentos/revisão de alimentos/execução de alimentos			
(5) Vizinhança violenta	Ausente	-	Presente

conclusão.

APÊNDICE F - Protocolo de Codificação para Categorias e Subcategorias Relativas aos Processos Chave de Resiliência Familiar

Protocolo de Codificação dos Processos de Resiliência Familiar

Identificação - mãe: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

Avaliador 1: _____ Avaliador 2: _____

Com base na transcrição da entrevista, assinale com um “X” a classificação (ausente ou presente) que melhor reflete a avaliação das categorias. Preencha a coluna e as linhas relativas ao total de cada item, ao subtotal de cada processo e ao total dos processos, com o número referente à somatória dos itens assinalados. Na categorização, considerar para as mães com depressão a condição específica relata aos sintomas depressivos e, no caso das mães sem transtornos psiquiátricos, considerar as situações específicas relatadas como adversidades.

Processos de Resiliência – Definições				
I. Sistema de crenças	Critérios utilizados	Ausente = 0	Presente = 1	Total
(1) Sentido atribuído às adversidades de forma integrada e realística - Identificação das adversidades do cotidiano e referência a modificações no estilo de vida a partir das situações referidas	1.1 Identificação das adversidades. Para as mães com depressão, necessariamente o reconhecimento da influência dos sintomas depressivos para sua vida. Para as mães sem depressão, identificação de condições adversas do cotidiano que influenciaram sua vida.			
	1.2 Identificação de modificações no estilo de vida a partir das situações de adversidade referidas, sugerindo aprendizado com tal experiência			
(2) Crenças facilitadoras realísticas - Identificação de crenças facilitadoras no enfrentamento das adversidades referidas, e percepção adequada da responsabilização de si e do outro	2.1 Frente às adversidades referidas no item 1.1, identificação de crenças facilitadoras que colaboraram no enfrentamento de tais adversidades			
	2.2 Nas crenças, percepção da responsabilização adequada de si e dos outros			
(3) Crenças obstrutivas realísticas - Identificação de crenças obstrutivas no enfrentamento das adversidades e percepção adequada da responsabilização de si e do outro	3.1 Frente às adversidades referidas no item 1.1, identificação de crenças obstrutivas que dificultaram o enfrentamento de tais adversidades			
	3.2 Nas crenças, percepção adequada da responsabilização de si e dos outros			
(4) Perspectiva positiva - Identificação das adversidades e percepção positiva de recursos internos e externos para seu enfrentamento.	4.1 Frente às adversidades referidas no item 1.1, percepção de que pode contar com seus recursos internos para seu enfrentamento.			
	4.2 Frente às adversidades referidas no item 1.1, percepção de que pode contar com recursos externos para seu enfrentamento. No caso das mães com depressão, necessariamente considerar o reconhecimento do tratamento como recurso externo.			
(5) Práticas religiosas positivas - Presentes e exercidas por iniciativa e de forma espontânea pelos membros da família	5.1 Referência a práticas religiosas atuais, independente da regularidade			
	5.2 Participação, por iniciativa própria, dos membros da família em tais práticas			
(6) Projetos familiares realísticos – Planos familiares, incluindo ao menos dois membros familiares, com percepção	6.1 Referência a planos futuros que envolvem aos menos dois membros da família			

realística e positiva de ações atuais que envolvem a execução futura	6.2 Percepções realísticas e positivas de ações atuais que envolvem a execução futura			
(7) Crenças partilhadas envolvendo membros da família - Crenças partilhadas envolvendo pelo menos dois membros adultos da família, incluindo a identificação de valores interpessoais ou religiosos, e responsabilização partilhada	7.1 Percepções envolvendo pelo menos dois membros adultos da família, incluindo a identificação de valores interpessoais ou religiosos compartilhados			
	7.2 Percepções realísticas e positivas partilhadas por pelo menos dois membros adultos da família			
SUBTOTAL SISTEMA DE CRENÇAS =				
SUBTOTAL PONDERADO SISTEMA DE CRENÇAS = Subtotal Sistema de Crenças / 14 (nº de categorias) =				
Processos de Resiliência – Definições				
Padrões organizacionais	Critérios utilizados	Ausente = 0	Presente = 1	Total
(1) Rotina diária organizada com participação materna - Rotina organizada em um dia típico de vida da criança, com participação materna, incluindo divisão adequada do tempo entre cuidados com a criança (necessariamente) e pelo menos outro domínio de sua vida (família ou trabalho)	1.1 Presença de rotina organizada em um dia típico de vida da criança			
	1.2 Divisão adequada do tempo da mãe entre os cuidados com a criança e pelo menos outro domínio de sua vida (trabalho ou família)			
(2) Capacidade de reorganização frente aos desafios/situações novas que se opõem às rotinas estabelecidas - Identificação de recursos suficientes para proposição de rotinas, de forma efetiva e flexível, frente às situações novas	2.1 Identificação de recursos suficientes para o enfrentamento dos desafios e situações novas do cotidiano que se opõem às rotinas estabelecidas			
	2.2 Proposição de forma efetiva e flexível de rotinas frente às situações novas, sugerindo reorganização			
(3) Compromissos e cooperação do pai da criança com as rotinas e cuidados integrais à criança avaliada - Identificação dos compromissos paternos integrais (materiais e afetivos), com cooperação espontânea no cotidiano da criança	3.1 Compromissos integrais (materiais e afetivos) com a criança avaliada			
	3.2 Cooperação paterna espontânea nas rotinas e cuidados com a criança avaliada			
(4) Compromissos e cooperação dos membros da família com as rotinas e cuidados integrais à criança avaliada - Identificação de compromissos integrais (materiais e afetivos) de outros membros da família, com cooperação espontânea no cotidiano da criança	4.1 Compromissos integrais (materiais e afetivos) com a criança avaliada			
	4.2 Cooperação espontânea de membros da família nas rotinas e cuidados com a criança avaliada			
(5) Liderança - Identificação de até dois membros adultos da família como definidores da rotina da criança avaliada e do rearranjo da rotina dela	5.1 Até dois membros adultos como definidores de regras para a criança avaliada			
	5.2 Até dois membros adultos como responsáveis pelo rearranjo da rotina da criança avaliada			
(6) Monitoria positiva* da rotina da criança avaliada – Práticas parentais de monitoria positiva regulares presentes no cotidiano da criança avaliada, excluindo-se práticas educativas de correção física	6.1 Identificação de práticas parentais de monitoria			
	6.2 Práticas positivas regulares, excluindo-se práticas de correção física			

(7) Redes efetivas de apoio comunitárias - Utilização de serviços comunitários, pelo menos de saúde e educação, com percepção positiva deles	7.1 Utilização de serviços comunitários de saúde e educação			
	7.2 Efetividade da rede de serviços			
(8) Composição das redes pessoais de apoio - Presença de pelo menos duas pessoas a quem a mãe recorre, sendo uma das pessoas necessariamente o pai da criança	8.1 Pai da criança como suporte à mãe			
	8.2 Presença de pelo menos uma pessoa como apoio pessoal da mãe, que não o pai da criança avaliada			
(9) Efetividade da rede pessoal de apoio - Percepção positiva do suporte oferecido pela rede pessoal, tanto do pai da criança quanto das demais pessoas da rede	9.1 Percepção positiva de suporte oferecido pelo pai da criança avaliada, quando tal suporte existe			
	9.2 Percepção positiva de suporte oferecido por pelo menos uma pessoa como apoio pessoal da mãe, que não o pai da criança avaliada			
(10) Segurança financeira - Percepção materna positiva de condições financeiras da família, sem a dependência econômica de auxílio externo (outros familiares ou instituições)	10.1 Percepção das condições financeiras da família como suficientes para as necessidades básicas e dos planos da família			
	10.2 Ausência de dependência econômica de outros familiares ou instituições			
SUBTOTAL PADRÕES ORGANIZACIONAIS =				
SUBTOTAL PONDERADO PADRÕES ORGANIZACIONAIS = Subtotal Padrões Organizacionais / 20 (nº de categorias) =				
Processos de Resiliência – Definições				
Processos de comunicação	Critérios utilizados	Ausente = 0	Presente = 1	Total
(1) Expressão clara e consistência nas mensagens - Clareza de comunicação pautada pelo diálogo e consistência nas mensagens, inclusive de manifestações afetivas, dentro e fora de casa	1.1 Comunicação pautada pelo diálogo			
	1.2 Consistência nas mensagens			
(2) Empatia – Identificação das necessidades dos membros da família (no geral) com percepção e aceitação dos recursos e dificuldades destes	2.1 Identificação das necessidades dos membros da família (no geral)			
	2.2 Aceitação dos recursos e dificuldades dos membros da família (no geral) – Condição materna de agir frente às necessidades da família			
(3) Empatia – Identificação e aceitação das necessidades da criança avaliada, minimizando suas dificuldades e favorecendo seus recursos	3.1 Identificação das necessidades da criança avaliada			
	3.2 Aceitação dos recursos e dificuldades da criança avaliada – Condição materna de agir frente às necessidades da criança			
(4) Responsabilidade pelos próprios sentimentos e comportamentos - Identificação dos próprios sentimentos e comportamentos e compartilhamento adequado quanto à responsabilidade por eles	4.1 Identificação dos próprios sentimentos e comportamentos			
	4.2 Responsabilidade compartilhada adequadamente			

(5) Interações agradáveis - Identificação interações familiares, percebidas como prazerosas para seus membros	5.1 Identificação de interações familiares			
	5.2 Percepção de vários momentos prazerosos em família			
(6) Resolução colaborativa de problemas/situações conflitivas relativos à família e meio externo - Identificação das adversidades e de ações colaborativas pelo menos mais um membro adulto da família no seu enfrentamento	6.1 Identificação de adversidades que envolvem os membros da família e o contexto de vida			
	6.2 Relato de ações compartilhadas para resolução dos conflitos relativos à família e meio externo			
(7) Resolução colaborativa de problemas relativos à criança avaliada - Identificação das adversidades relativas à criança avaliada e de estratégias colaborativas pelo menos mais um membro adulto da família no seu enfrentamento	7.1 Identificação de adversidades relativas à criança avaliada			
	7.2 Relato de ações compartilhadas para resolução dos conflitos relativos à criança avaliada			
(8) Postura pró-ativa* e preparo para desafios futuros - Identificação de postura pró-ativa frente às dificuldades e reconhecimento dos desafios futuros	8.1 Postura pró-ativa frente às dificuldades			
	8.2 Reconhecimento adequado dos desafios futuros			
SUBTOTAL PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO =				
SUBTOTAL PONDERADO PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO = Subtotal Processos de Comunicação / 16 (nº de categorias)=				

Total ponderado - Processos de resiliência – Subtotal ponderado de cada categoria / 50 =

ANEXO 1 - Ofício de aprovação do projeto – Processo HCRP nº 6395/2011

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 11 de outubro de 2011

Ofício nº 3622/2011
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO MATERNA E A SOCIALIZAÇÃO DE ESCOLARES: ESTRESSORES, CUIDADOS FAMILIARES E REDE DE APOIO SOCIAL”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 334ª Reunião Ordinária realizada em 10/10/2011, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 6395/2011.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.

DR.ª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA

Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

FERNANDA AGUIAR PIZETA

PROF.ª DR.ª SONIA REGINA LOUREIRO

Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO 2 - Questionário sobre a Saúde do Paciente-9

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - 9 72883 (Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)												
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias								
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3								
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3								
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3								
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3								
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3								
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3								
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3								
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3								
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3								
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY 0 + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____												
Se você assinalou <u>qualquer</u> um dos problemas, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nenhuma dificuldade</td> <td>Alguma dificuldade</td> <td>Muita dificuldade</td> <td>Extrema dificuldade</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>					Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade	☐	☐	☐	☐
Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade									
☐	☐	☐	☐									
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. EPI0905.PHQ9P												
Declaro que as informações contidas neste questionário são verdadeiras.		Iniciais do/a paciente:		Data:								

ANEXO 3 - Questionário de Capacidades e Dificuldades

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Pa⁴⁻¹⁶

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança .....

Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	☐	☐	☐
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	☐	☐	☐
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	☐	☐	☐
É gentil com crianças mais novas	☐	☐	☐
Frequentemente engana ou mente	☐	☐	☐
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	☐	☐	☐
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	☐	☐	☐
Pensa nas coisas antes de fazê-las	☐	☐	☐
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	☐	☐	☐
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	☐	☐	☐
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	☐	☐	☐

Voce tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

ANEXO 4 - Escala de Eventos Adversos

Escala de Eventos Adversos

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Procedimento: O entrevistador diz à mãe que vai ler uma lista de situações que podem acontecer na vida das crianças, para que ela informe se alguma delas ocorreu com seu filho / sua filha. Em seguida, lê cada item do formulário e pede à mãe que diga se o evento ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente na vida da criança. Preencher cada item com X na coluna apropriada. Se o evento ocorreu tanto nos últimos 12 meses como anteriormente, marcar X nas duas colunas.

Acontecimentos	Ocorreu nos últimos 12 meses	Ocorreu anterior- mente	Nunca ocorreu
Entrada na escola (1º grau)			
Mudança de escola			
Repetência na escola			
Agressão da professora			
Mais de uma troca de professoras no mesmo ano			
Mudança de cidade			
Suspensão da escola			
Aumento da ausência do pai por oito horas ou mais por semana			
Aumento da ausência da mãe por oito horas ou mais por semana			
A mãe começou a trabalhar			
Perda do emprego do pai/mãe (especificar quem)			
Momentos difíceis do ponto de vista financeiro			
Nascimento de um irmão			
Hospitalização ou enfermidade séria da criança por duas semanas ou mais			
Hospitalização ou enfermidade grave de um dos pais por duas semanas ou mais			
Hospitalização ou enfermidade grave de um irmão/irmã da criança, por duas semanas ou mais			
Criança acidentada com seqüela (ex. perda de visão, colostomia)			
A criança adquiriu uma deformidade visível			
Acréscimo de um terceiro adulto na família			
Morte de um amigo da criança			
Morte de um avô/avó			
Morte de um irmão			
Morte do pai/mãe (especificar)			
O relacionamento com os amigos/colegas piorou			
Um irmão/irmã deixou definitivamente o lar, após conflitos			
Gravidez de uma irmã solteira			
Aumento de conflitos e brigas entre os pais			
Separação dos pais			
Mãe ou pai se casou de novo (especificar qual)			
Divórcio dos pais			
Um dos pais abandonou a família			
Consumo de álcool ou droga pelo pai/ da mãe			
Problema de saúde mental do pai/mãe			
Litígio entre os pais pela guarda da criança			
Litígio entre os pais por causa de pensão			
Problemas dos pais com a justiça ou a polícia?			
Outros eventos: quais?			

ANEXO 5 - Escala de Adversidade Crônica**Escala de Adversidade Crônica**

Nome: _____

Data: ____ / ____ / _____

CONDIÇÕES ADVERSAS PROLONGADAS OU RECORRENTES: DURAÇÃO DE UM ANO OU MAIS OU OCORRÊNCIA PREPETIDA DURANTE UM ANO OU MAIS.

Condição	Duração em anos	Período da vida da criança
Doença crônica da criança: qual?		
Procedimento médico invasivo: qual?		
Uso de prótese: qual?		
Uso de óculos		
Criança com visão subnormal		
Criança com audição subnormal		
Sinal de nascença visível: qual?		
Hospitalização recorrente da criança		
Temperamento (“gênio”) difícil do pai		
Temperamento (“gênio”) difícil da mãe		
Conflitos familiares recorrentes ou crônicos		
Conflitos conjugais recorrentes ou crônicos		
Distúrbio mental crônico do pai ou substituto		
Distúrbio mental crônico da mãe ou substituta		
Dependência de droga pelo pai ou substituto		
Dependência de droga pela mãe ou substituta		
Alcoolismo severo do pai ou substituto		
Alcoolismo severo da mãe ou substituta		
Outra - especificar		

ANEXO 6 - Inventário de Recursos do Ambiente Familiar**Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)**

Aplica-se o roteiro sob forma de entrevista semi-estruturada, em que cada tópico é apresentado à mãe/informante oralmente, tendo o examinador liberdade para parafrasear o conteúdo da questão caso haja dificuldade de compreensão por parte da pessoa entrevistada. Em cada tópico, o entrevistador inicia fazendo a pergunta aberta que o introduz. Após registrar a resposta a essa pergunta, apresenta uma a uma, as demais alternativas de resposta.

1. O QUE A CRIANÇA FAZ QUANDO NÃO ESTÁ NA ESCOLA?

- ☐ Assiste à TV
- ☐ Ouve rádio
- ☐ Joga *video-game*
- ☐ Lê livros, revistas, gibis
- ☐ Brinca na rua
- ☐ Brinca dentro de casa
- ☐ Outro – especificar _____

2. QUAIS PASSEIOS QUE A CRIANÇA REALIZOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Especificar quem acompanhou a criança - P(pai)/M(mãe)/

Is(irmãos)/F(familiares)/E(educadores)/O(outro)

- ☐ Bosque Municipal
- ☐ Evento anual da cidade (feira, rodeio, ...)
- ☐ Cinema ou teatro
- ☐ Lanchonete
- ☐ Praia
- ☐ Viagem de trem
- ☐ Sítio, chácara ou fazenda
- ☐ Centro da cidade
- ☐ Museu
- ☐ Aeroporto
- ☐ Circo
- ☐ Shopping Center
- ☐ Parque de diversões
- ☐ Clube
- ☐ Visitas a parentes/ amigos da famílias
- ☐ Divertilândia
- ☐ Viagem para outra cidade
- ☐ Exposição (de pintura, de ciências, etc)

3. HÁ ATIVIDADES PROGRAMAS QUE A CRIANÇA REALIZA REGURLAMENTE?

- ☐ Faz catecismo, estudos bíblicos ou evangelização
- ☐ Frequenta núcleo municipal do bairro
- ☐ Pratica esporte em clubes, academias, ginásios
- ☐ Frequenta aulas para aprender atividade artesanato (por exemplo, tapeçaria, pintura,...)
- ☐ Tem aulas de piano, violão ou outro instrumento musical
- ☐ Frequenta algum programa de atividades para crianças, como o Kurumim
- ☐ Tem aulas de inglês ou de outro idioma
- ☐ Faz computação
- ☐ Outro - especificar _____

4. QUAIS ATIVIDADES QUE OS PAIS DESENVOLVEM COM A CRIANÇA EM CASA?**Especificar quem participa de quais atividades -****P(pai)/M(mãe)/Cr(criança)/Is(irmãos)/F(familiares)**

- ☐ Brincar
- ☐ Jogar *video-game* ou outros jogos
- ☐ Assistir a filmes
- ☐ Assistir a programas de infantis na TV
- ☐ Contar histórias e casos
- ☐ Ler livros, revistas
- ☐ Conversar sobre como foi o dia na escola
- ☐ Conversar sobre notícias, filmes e outros programas de TV
- ☐ Ouvir histórias da criança; conversar sobre assuntos que ela traz
- ☐ Realizar juntos atividades domésticas, como lavar o carro, fazer almoço ou outras
- ☐ Outras - especificar _____

5. QUAIS OS BRINQUEDOS QUE ELE (ELA) TEM OU JÁ TEVE? SEU FILHO TEM OU JÁ TEVE:

- ☐ Uma cama só para ele
- ☐ Brinquedos de andar (triciclo, bicicleta, patinete...)
- ☐ Brinquedos para movimentos do corpo (corda de pular, balanço,...)
- ☐ Instrumento musical de brinquedo ou de verdade (tambor, pianinho,...)
- ☐ Brinquedo que lida com números (dados, dominó,...)
- ☐ Brinquedos de letras (abecedários, quebra-cabeças com letras,...)
- ☐ Brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes,...)
- ☐ Brinquedos para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas,...)
- ☐ Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel
- ☐ Aparelho de som com discos
- ☐ Um animal de estimação
- ☐ Livrinhos de histórias infantis
- ☐ Jogos de regras (dama, loto, senha, memória,...)
- ☐ Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, martelo, serrote,...)
- ☐ Brinquedos de construção (blocos, lego, pinos mágicos,...)
- ☐ Brinquedos de rodas (carrinhos, trens, carrinhos de boneca,...)
- ☐ *Video-game*
- ☐ Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã
- ☐ Outros - especifique _____

6. HÁ JORNAIS E REVISTA NA SUA CASA?

- ☐ Não
- ☐ Sim – tipo:
- ☐ Jornal
- ☐ Revista - ( ) de notícias - ( ) de TV - ( ) feminina - ( ) de fotonovela - ( ) de esporte
( ) religiosa - ( ) outra - especifique _____

7. HÁ LIVROS NA SUA CASA?

- ☐ Não
- ☐ Sim - tipo:
- ☐ escolares
- ☐ romances, contos, literatura
- ☐ livrinhos infantis
- ☐ religiosos (bíblia, evangelhos, catecismo)
- ☐ enciclopédias
- ☐ dicionário
- ☐ outros - especifique _____

8. ALGUÉM EM CASA ACOMPANHA A CRIANÇA NOS AFAZERES DA ESCOLA

Alguém em casa (quem?)	ninguém	a mãe	o pai	Outra pessoa
Verifica se o material escolar está em ordem	( )	( )	( )	( )
Avisa quando é hora de ir para a escola	( )	( )	( )	( )
Supervisiona a lição de casa	( )	( )	( )	( )
Supervisiona o estudo para as provas	( )	( )	( )	( )
Comparece às reuniões da escola	( )	( )	( )	( )
Acompanha as notas e frequência às aulas	( )	( )	( )	( )
Pontuação de cada item: mãe e pai = 3; só a mãe = 2; só o pai = 2; outra pessoa = 1; mãe, pai e outras pessoa = 1; ninguém = 0				

9. SEU FILHO TEM HORA CERTA PARA:

	Sempre	Às vezes	Nunca
Almoçar	( )	( )	( )
Tomar banho	( )	( )	( )
Brincar	( )	( )	( )
Ir dormir	( )	( )	( )
Levantar-se de manhã	( )	( )	( )
Jantar	( )	( )	( )
Fazer a lição de casa	( )	( )	( )
Assistir à TV	( )	( )	( )
Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0			

10. SUA FAMÍLIA COSTUMA ESTAR REUNIDA:

	Sempre	Às vezes	Nunca
No café da manhã	( )	( )	( )
No almoço	( )	( )	( )
No jantar	( )	( )	( )
À noite, para assistir à TV	( )	( )	( )
E nos fins de semana			
Em casa	( )	( )	( )
Em passeios	( )	( )	( )
Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0			

Artigo Publicado

Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: Uma revisão

Fernanda Aguiar Pizeta

*Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto*

Thaysa Brinck Fernandes Silva

Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

Maria Isabela Brasil Cartafina

Psicóloga

Sonia Regina Loureiro

Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

Resumo

A depressão materna tem sido considerada um fator de risco para a saúde mental das crianças. Objetivou-se identificar e analisar na literatura indexada artigos empíricos recentes (2005 a 2012), que abordaram as associações da depressão materna ao comportamento e à saúde mental de crianças, escolares. Procedeu-se a uma busca sistemática nas bases PubMed, PsycInfo e LILACS, por meio das palavras-chave “*Maternal Depression or Depression*” e “*Risk Factors*”. Foram selecionados e analisados 68 artigos, 23 transversais e 45 longitudinais. Independentemente dos delineamentos adotados, a depressão materna mostrou-se associada à presença de dificuldades emocionais e comportamentais em geral, de manifestações depressivas e de ansiedade. Além da depressão materna, outras variáveis contextuais mostraram-se associadas às dificuldades das crianças. O reconhecimento da ação de múltiplas variáveis permitiu a verificação de indicadores diversos, o que pode favorecer o planejamento de intervenções.

Palavras-chave: depressão materna; crianças; comportamento; saúde mental; fatores de risco.

Abstract

Maternal depression and risks for children's behavior and mental health: A review. Maternal depression has been considered a risk factor for children's mental health. The aim of this review was to identify and analyze in the related literature, recent empirical studies (2005-2012), that address the associations of maternal depression to the children's behavior and mental health, at school age. The search has been held in the databases PubMed, PsycInfo and LILACS, using the keywords “*Maternal Depression or Depression*” and “*Risk Factors*”. It was identified and analyzed 68 articles, 23 with cross-sectional and 45 with longitudinal design. Regardless of the designs adopted, maternal depression was associated with the presence of emotional and behavioral difficulties in general, and depressive and anxiety manifestations. Besides maternal depression, other contextual variables were related to children's difficulties. The recognition of multiples variables' action allowed the verification of several indicators, which can favor the planning of interventions.

Keywords: maternal depression; children; behavior; mental health; risk factors.

Resumen

La depresión materna y los riesgos para el comportamiento y la salud mental de los niños: Una revisión. La depresión materna se ha considerado un factor de riesgo para la salud mental de los niños. El objetivo fue identificar y analizar en la literatura relacionada los estudios empíricos recientes (2005-2012) que se ha abordado las asociaciones de la depresión materna con el comportamiento y la salud mental de los niños, en la edad escolar. La búsqueda sistemática se ha realizado en las bases de datos PubMed, PsycINFO y LILACS, utilizando las palabras clave “*Maternal Depression or Depression*” y “*Risk Factors*”. Se seleccionaron y analizaron 68 artículos, 23 transversales y 45 longitudinales. La depresión materna se asoció con la presencia de dificultades emocionales y de comportamiento en general, de manifestaciones de ansiedad y depresión. Además de la depresión materna, otras variables contextuales estaban relacionadas con las dificultades de los niños. El reconocimiento de la acción de múltiples variables permitió la verificación de varios indicadores, que puede favorecer la planificación de las intervenciones.

Palabras clave: depresión materna; niños; comportamiento; salud mental; factores de riesgo.

Os transtornos mentais configuram-se como problemas de grande relevância para a população mundial, dada a sua prevalência, incidência nas diferentes faixas etárias e prejuízos a eles associados relativos ao indivíduo, à família e à comunidade.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a frequência de ocorrência e o curso dos transtornos mentais estão associados, entre outros fatores, à questão de gênero. Com relação aos sintomas depressivos e ansiosos, as mulheres têm sido consideradas mais vulneráveis que os homens, apresentando maiores taxas de prevalência de transtornos de humor e ansiedade. Dentre os transtornos de humor, a depressão configura-se como o transtorno que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (Andrade, Viana, & Silveira, 2006).

Considerando-se a prevalência da depressão em mulheres, a condição recorrente, característica do transtorno e a maior incidência no início da idade adulta, a qual coincide com a idade fértil, muitas mulheres acometidas pela depressão são mães, sendo que tal sintomatologia pode interferir negativamente na função materna e no desenvolvimento de seus filhos (Markowitz, 2008).

Os prejuízos no desenvolvimento das crianças, tais como as dificuldades comportamentais e os problemas de saúde mental, são pouco identificados em todas as partes do mundo, o que torna difícil determinar a sua magnitude (Belfer, 2008). Contudo, reconhece-se que tais problemas, além de favorecerem prejuízos para a adaptação da criança, podem também potencializar o risco de transtornos psicossociais na vida adulta (Ferrioli, Marturano, & Puntel, 2007).

Na tentativa de melhorar a identificação precoce dos problemas de saúde mental infantil, diversos estudos têm se ocupado das condições contextuais de risco, tais como a exposição a eventos ambientais adversos (Halpern & Figueiras, 2004), sendo que a depressão materna pode ser vista como uma dessas condições de adversidade.

Neste estudo, pretendeu-se verificar, com base em uma revisão sistemática da literatura, o estado da arte quanto ao conhecimento sobre como a depressão materna associa-se à saúde mental das crianças. Objetivou-se identificar e analisar estudos empíricos recentes que abordaram as associações da depressão materna ao comportamento e à saúde mental infantil, verificando também as associações com outras condições contextuais de risco, tendo como foco de interesse crianças em idade escolar.

Método

Procedeu-se, inicialmente, a uma busca exclusivamente de artigos empíricos indexados, identificados nas bases de dados PubMed, LILACS e PsycInfo, no período de 2005 a 2012, por meio das palavras-chave: “*Maternal Depression* ou *Depression*” e “*Risk Factors*”, e seus correspondentes em português. Em uma segunda etapa, refinou-se a busca por meio da leitura sistemática dos resumos dos 452 artigos identificados inicialmente, procedendo-se às inclusões e exclusões.

Adotaram-se como critérios de inclusão os idiomas

inglês, português e espanhol, população de humanos e como faixa etária de 06 a 12 anos (escolares), como momento de avaliação, incluindo-se artigos em que as crianças foram também avaliadas na idade pré-escolar e/ou nas etapas posteriores do desenvolvimento. Para as exclusões, consideraram-se como principais motivos: estudos com avaliações exclusivas de aspectos clínicos da depressão em crianças, adolescentes, adultos e gestantes e estudos que focalizaram exclusivamente medidas psicofisiológicas, genéticas e de neuroimagem.

Com base nesses critérios, foram selecionados e analisados 68 artigos empíricos, procedendo-se, após a leitura dos mesmos, à categorização das informações quanto aos delineamentos adotados e às associações da depressão materna ao comportamento e à saúde mental dos filhos, analisando-se separadamente os estudos transversais e longitudinais, abordando também a associação da depressão materna a outras variáveis contextuais de risco.

Principais características dos delineamentos adotados

Foram identificados, na totalidade, exclusivamente estudos com delineamento de pesquisa quantitativa, sendo 45 estudos prospectivos longitudinais (66,2%) e 23 transversais (33,8%).

No conjunto dos 68 estudos, destaca-se o predomínio da utilização de amostras da comunidade (51,5%) e de amostras de conveniência (58,8%), sendo que, da totalidade dos artigos analisados, 16 foram desenvolvidos com amostras selecionadas de modo aleatório e/ou randômico (23,5%). Tais amostras incluíram um número diverso de participantes, que variou de 39 a 7866 crianças, com destaque para 25 artigos nos quais as amostras foram extraídas de estudos de coorte (36,8%).

Em relação aos tipos de medidas utilizadas nos estudos analisados, constatou-se que todos os artigos utilizaram medidas de autorrelato, 20 utilizaram também medidas observacionais (29,4%), por meio de filmagem em vídeo ou gravação da voz em situação natural e/ou em laboratório, e dois estudos utilizaram ainda medidas laboratoriais, psicofisiológicas (2,9%).

Quanto às estratégias de avaliação, evidenciou-se variação no número de avaliações realizadas nos estudos longitudinais, sendo que a maioria realizou de quatro a seis avaliações (35,6%). Em relação aos estudos transversais, em 10 artigos foram realizadas comparações entre grupos (43,5%), outros oito realizaram comparações entre e intragrupos (34,8%) e cinco deles realizaram comparações exclusivamente intragrupos, não adotando a comparação com grupos controle (21,7%).

Verificou-se, no conjunto dos estudos, o predomínio da utilização de avaliação sistemática para a confirmação diagnóstica quanto aos indicadores de psicopatologia infantil, com destaque para a utilização do *Child Behavior Checklist* (CBCL) em 24 estudos (51,1%), e para a confirmação da depressão materna, em 21 estudos (60%) foi utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (*Structured Clinical Interview - SCID*). Nos estudos que utilizaram instrumentos de rastreamento para a identificação de sinais e sintomas de depressão, predominou o uso do *Beck Depression Inventory* (BDI), utilizado em 15 estudos (29,4%).

Para o rastreamento de indicadores de psicopatologia e

problemas comportamentais das crianças, 11 estudos (16,2%) utilizaram o *Child Depression Inventory* (CDI) para a avaliação de sintomas depressivos e seis estudos (8,8%), o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) para a identificação de características comportamentais.

No que diz respeito às fontes de informações, a maioria dos estudos utilizaram pelo menos dois informantes, sendo que em 58,8% dos estudos as informações sobre a psicopatologia infantil foram coletadas com pelo menos um dos pais e o filho. Alguns estudos utilizaram também como fonte de informação o professor e/ou outros familiares (27,9%), o que, somado aos estudos com pelo menos dois informantes, aponta para a relevância dada à triangulação de fontes de informações quando da avaliação de condições contextuais de risco e de indicadores de saúde mental infantil.

Analisando-se as características dos delineamentos adotados pelos 68 estudos, constata-se a busca de rigor no controle metodológico, especialmente quando da inclusão de variáveis do contexto familiar, e, nos estudos de seguimento, destacam-se a relevância dos estudos com amostras da comunidade, e procedentes de estudos de coorte. Tais aspectos metodológicos, e especialmente a inclusão das variáveis contextuais, colocaram em foco nas análises a diversidade de fatores e o seu peso diferenciado, ao longo do tempo, como elementos relevantes para a compreensão das trajetórias de desenvolvimento infantil.

A busca pela qualidade metodológica foi também observada em alguns estudos quanto à utilização de: (a) medidas observacionais, (b) pelo menos dois informantes, (c) confirmação diagnóstica (para mães e/ou crianças), e (d) nos estudos transversais, a comparação entre e intragrupos. Destaca-se, assim, a escolha por estratégias de investigação que visam minimizar vieses e variáveis de confundimento quanto aos dados.

Associações da depressão materna com o comportamento e a saúde mental das crianças

Tanto nos estudos transversais ($n = 23$) quanto nos longitudinais ($n = 45$), observou-se que a depressão materna influenciou o comportamento e a saúde mental infantil, o que foi verificado por meio de medidas específicas e de associações com variáveis contextuais diversas.

Nos estudos analisados, tanto nos transversais quanto nos longitudinais, predominou a presença de associações da depressão materna aos problemas comportamentais e de psicopatologia das crianças, como variáveis principais avaliadas para as crianças, com maior prejuízo quanto às dificuldades emocionais e comportamentais, as manifestações depressivas e os problemas de conduta. Verificou-se em três estudos peculiaridades quanto a tais associações, a saber: em dois estudos longitudinais, a depressão materna associada à expressão emocional crítica mostrou-se relacionada à psicopatologia das crianças (Silk, Shaw, Skuban, Oland, & Kovacs, 2006) e a super utilização dos serviços de saúde mental (Boyd, Chen, & Benton, 2009); e no estudo transversal correlacional de Ferrioli et al. (2007) as associações se fizeram presentes quanto ao estresse materno e à instabilidade financeira.

Apresentar-se-á inicialmente a análise dos artigos transversais e em seguida dos artigos longitudinais. A Tabela

1 apresenta a distribuição dos estudos transversais quanto à presença ou ausência das associações da depressão materna, tendo por referência os indicadores comportamentais e de psicopatologia infantil avaliados.

No conjunto dos artigos, verificou-se o predomínio de associações negativas da depressão materna isoladamente e em conjunto com outras condições contextuais a dificuldades comportamentais e de saúde mental das crianças avaliadas.

Dentre os estudos que avaliaram as dificuldades emocionais e comportamentais das crianças, em geral, evidenciou-se associações predominantemente com os sintomas internalizantes. Tal associação, contudo, foi identificada em cinco estudos, quando da presença de outras condições de risco, tais como: o estresse pré-natal (Rice et al., 2010), o estilo parental negativo (Dietz et al., 2008; Rice et al., 2010), a expressão emocional crítica das mães (Tompson et al., 2010), a comorbidade com outros transtornos mentais (Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler, & Freyberger, 2006), e o gênero feminino, o qual esteve associado a estratégias de regulação emocional mais passiva para as meninas (Silk et al., 2006).

O único estudo que avaliou manifestações depressivas das crianças e não identificou impacto negativo constatou correlação entre a depressão materna e problemas de conduta das crianças, em especial para os meninos em idade escolar e para crianças expostas a práticas parentais inadequadas (Drabick et al., 2006), sendo destacada a influência das variáveis gênero e ambiente familiar para problemas de comportamento antissocial. O comportamento parental negativo também foi uma condição contextual identificada como mediadora de problemas de conduta (Chen & Johnston, 2007) e de comportamentos externalizantes, principalmente diante de maior gravidade e cronicidade da depressão materna (Foster, Garber, & Durlak, 2008).

Quanto aos demais indicadores de problemas comportamentais externalizantes, destacam-se que nos quatro estudos que avaliaram hiperatividade e problemas de atenção não foram identificadas associações da depressão materna a tais dificuldades (Bergeron et al., 2007; Drabick et al., 2006; Kopp & Beauchaine, 2007; Rice et al., 2010), o que foi observado também em dois dos três estudos que avaliaram o comportamento desafiador opositor (Bergeron et al., 2007; Kopp & Beauchaine, 2007) e em dois dos seis estudos que avaliaram problemas de conduta (Bergeron et al., 2007; Rice et al., 2010).

Outros dois estudos transversais constataram associações da depressão materna com prejuízos na socialização da criança no ambiente familiar (Gregory et al., 2012) e com dificuldades de relacionamento com os pares (Kersten-Alvarez et al., 2012).

Verificou-se na análise da literatura, de forma consistente, a correlação entre a depressão materna e os indicadores de prejuízos à saúde mental infantil, com o predomínio de estudos que avaliaram problemas emocionais e comportamentais em geral e manifestações depressivas próprias dos comportamentos internalizantes, sinalizando associações evidentes da depressão materna a tais manifestações, por outro lado não foi verificada tal evidência quanto aos comportamentos externalizantes.

As associações entre a depressão materna e problemas emocionais e comportamentais e de saúde mental infantil foram constatadas em todos os estudos longitudinais ($n = 45$),

432 F.A.Pizeta, T.B.F.Silva, M.I.B.Cartafina, & S.R.Loureiro

Tabela 1

Estudos Transversais: Associações da Depressão Materna (D.M.) com Indicadores Comportamentais e de Psicopatologia das Crianças (n = 23)*

Indicadores comportamentais e de psicopatologia avaliados (Número de estudos)	Associações da D.M.	Estudos (Frequência)
Dificuldades emocionais e comportamentais (n = 14)	Presente	06, 21, 22, 28, 29, 31, 37, 41, 50, 55, 56, 59, 64, 66 (14)
Manifestações depressivas (n = 08)	Presente	07, 26, 38, 42, 43, 56, 64 (07)
	Ausente	22 (01)
Manifestações de ansiedade (n = 04)	Presente	26, 64 (02)
	Ausente	07, 38 (02)
Problemas de conduta e comportamentos antissociais (n = 07)	Presente	16, 22, 26, 43, 64 (05)
	Ausente	07, 55 (02)
Comportamento desafiador opositivo (n = 03)	Presente	64 (01)
	Ausente	07, 43 (02)
Hiperatividade e problemas de atenção (n = 04)	Ausente	07, 22, 43, 55 (04)
Déficits cognitivos e verbais (n = 03)	Presente	20, 38, 40 (03)
Prejuízo no funcionamento global adaptativo (n = 01)	Presente	26 (01)
Maior reatividade emocional (n = 01)	Presente	37 (01)
Prejuízo na interação mãe-criança (n = 01)	Presente	21 (01)
Outros (n = 02)	Presente	32, 40 (02)

Nota. *11 artigos incluídos em mais de uma categoria.

06 Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler e Freyberger (2006); 07 Bergeron et al. (2007); 16 Chen e Johnston (2007); 20 Dearing e Gotlib (2009); 21 Dietz et al. (2008); 22 Drabick, Beauchaine, Gadow, Carlson e Bromet (2006); 26 Feder et al. (2008); 28 Ferrioli et al. (2007); 29 Foster, Garber e Durlak (2008); 31 Green, Stanley e Peters (2007); 32 Gregory et al. (2012); 37 Jaser et al. (2008); 38 Joorman, Talbot e Gotlib (2007); 40 Kersten-Alvarez et al. (2012); 41 Kim-Cohen, Caspi, Rutter, Tomás e Moffitt (2006); 42 Kiss et al. (2007); 43 Kopp e Beauchaine (2007); 50 Pachter, Auinger, Palmer e Weitzman (2006); 55 Rice et al. (2010); 56 Shannon, Beauchaine, Brenner, Neuhaus e Gatzke-Kopp (2007); 59 Silk, Shaw, Skuban, Oland e Kovacs (2006); 63 Tompson et al. (2010); 65 Vasa et al. (2007).

conforme apresentação na Tabela 2. Destaca-se que as crianças foram avaliadas em diferentes etapas do desenvolvimento, sendo referidas nessa análise as associações com os problemas de saúde mental na idade escolar, como objetivo proposto para o estudo.

Verificou-se que três estudos avaliaram exclusivamente crianças no período escolar (Barker, Copeland, Maughan, Jaffee, & Uher, 2012; Loeber, Hipwell, Battista, Semboer, & Stouthamer-Loeber, 2009; van der Molen, Hipwell, Vermeiren, & Loeber, 2011) e 12 estudos avaliaram o impacto também para crianças antes deste período (26,7%). Dos 45 artigos com delineamento longitudinal, 13 estudos (28,9%) estenderam as avaliações da pré-escola até a adolescência, outros 11 (24,4%) da fase escolar à adolescência e quatro (8,9%), da fase escolar até a fase adulta. Destaca-se que dois estudos longitudinais tinham um enfoque multigeracional, tendo realizado avaliações com três gerações (filhos, pais e avós com depressão), sendo que esses verificaram a continuidade intergeracional da depressão (Grillon et al., 2005; Warner, Wickramaratne, & Weissman, 2008), enfatizando o peso de fatores genéticos associados aos ambientais na transmissão deste transtorno.

Dentre as dificuldades emocionais e comportamentais em geral, o impacto para os sintomas internalizantes (Barker et al., 2012; Chronis-Tuscano et al., 2010; Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch, & Brownridge, 2007; Pilowsky, Wickramaratne, Nomura, & Weissman, 2006; Shaw, Hyde, & Brennan, 2012;

Warner et al., 2008) também foi o mais avaliado entre os estudos de seguimento. Tal associação foi ainda identificada especificamente para sintomas depressivos e ansiosos em outros 13 estudos longitudinais, dos quais nove (69,2%) constataram impacto negativo da depressão materna, independente de sua associação a outras condições contextuais.

Dentre os estudos longitudinais que estudaram especificamente o comportamento externalizante, dois identificaram associações com a depressão materna para pré-escolares e escolares (Galéra et al., 2011; Shaw, Lacourse, & Nagin, 2005), quatro exclusivamente para escolares (Barker et al., 2012; Loeber et al., 2009; Pawlby, Sharp, Hay, & O'Keane, 2008; van der Molen et al., 2011), e três para escolares e adolescentes (Hay, Pawlby, Waters, & Sharp, 2008; Pilowsky et al., 2008; Shaw et al., 2012). Foram ainda observadas associações com dificuldades diversas em estudos que avaliaram o comportamento geral dos filhos, tais como: manifestações de agressividade em pré-escolares e escolares (Gross, Shaw, & Moilanen, 2008) e em escolares e adolescentes (Elgar et al. 2007), comportamento antissocial em escolares e adolescentes (Gross et al., 2008; Shaw et al., 2012), problemas de conduta de pré-escolares a adolescentes (Barker & Maughan, 2009), comportamento desafiador opositor em escolares e adolescentes (Cortes, Fleming, Mason, & Catalano 2009) e o abuso de substâncias psicoativas em adolescentes (Cortes et al., 2009;

Tabela 2

Estudos Longitudinais: Associações da Depressão Materna (D.M.) com Indicadores Comportamentais e de Psicopatologia das Crianças (n = 45)*

Indicadores comportamentais e de psicopatologia avaliados (Número de estudos)	Associações da D.M.	Estudos (Frequência)
Dificuldades emocionais e comportamentais (n = 24)	Presente	02, 03, 05, 08, 12, 13, 15, 19, 23, 24, 25, 34, 35, 45, 49, 53, 57, 58, 60, 61, 62, 66, 67, 68 (24)
Manifestações depressivas (n = 17)	Presente	01, 04, 09, 11, 14, 17, 18, 27, 36, 39, 44, 46, 47, 48, 52, 54, 58 (17)
Manifestações de ansiedade (n = 13)	Presente	04, 09, 18, 27, 36, 39, 44, 46, 51, 52, 54, 58 (12)
	Ausente	47 (01)
Problemas de conduta e comportamento antissocial (n = 09)	Presente	04, 05, 34, 35, 46, 54, 58, 64 (08)
	Ausente	09 (01)
Comportamento desafiador opositivo (n = 05)	Presente	04, 52, 58, 64 (04)
	Ausente	09 (01)
Hiperatividade e problemas de atenção (n = 06)	Presente	04, 30, 46, 52, 58 (05)
	Ausente	09 (01)
Déficits cognitivos e verbais (n = 03)	Presente	14, 24, 35 (03)
Prejuízo no funcionamento global adaptativo (n = 04)	Presente	54, 62, 67, 68 (04)
Maior utilização de serviços de saúde mental (n = 02)	Presente	10, 67 (02)
Maior reatividade emocional (n = 01)	Presente	33 (01)
Autoimagem negativa (n = 01)	Presente	01 (01)
Outros (n = 02)	Presente	17, 14 (02)

Nota. *21 artigos incluídos em mais de uma categoria.

01 Abela, Morrison e Starrs (2007); 02 Asbury, Dunn e Plomin (2006); 03 Bagner, Pettit, Lewinsohn e Seeley (2010); 04 Barker, Copeland, Maughan, Jaffee e Uher (2012); 05 Barker e Maughan (2009); 08 Blatt-Eisengart, Drabick, Monahan e Steinberg (2009); 09 Boyce et al. (2006); 10 Boyd, Chen e Benton (2009); 11 Bureau, Easterbrooks e Lyons-Ruth (2009); 12 Burt et al. (2005); 13 Campbell, Matestic, Stauffenberg, Mohan e Kirchner (2007); 14 Carter e Garber (2011); 15 Chang, Halpernm e Kaufman (2007); 17 Chronis-Tuscano et al. (2010); 18 Corapci, Smith e Lozoff (2006); 19 Cortes, Fleming, Mason e Catalano (2009); 23 Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch e Brownridge (2007); 24 Essex et al. (2006); 25 Fanti e Henrich (2010); 27 Feng, Shaw e Silk (2008); 30 Galéra et al. (2011); 33 Grillon et al. (2005); 34 Gross, Shaw e Moilanen (2008); 35 Hay, Pawlby, Waters e Sharp (2008); 36 Jacobs, Miller, Wickramaratne, Gameroff, e Weissman (2012); 39 Karevold, Roysam, Ystrom e Mathiesen (2009); 44 Leech, Larkby, Day e Day (2006); 45 Lengua, Bush, Long, Kovacs e Trancik (2008); 46 Loeber, Hipwell, Battista, Semboer e Stouthamer-Loeber (2009); 47 Milan, Snow e Belay (2009); 48 Monshouwer et al. (2012); 49 Olino et al. (2011); 51 Pagani, Japel, Vaillancourt, Côté e Tremblay (2007); 52 Pawlby, Sharp, Hay e O'Kean (2008); 53 Pilowsky, Wickramaratne, Nomura e Weissman (2006); 54 Pilowsky et al. (2008); 57 Shaw, Lacourse e Nagin (2005); 58 Shaw, Hyde e Brennan (2012); 60 Sourander et al. (2006); 61 Sterba, Prinstein e Cox (2007); 62 Talati et al. (2007); 64 van der Molen, Hipwell, Vermeiren, e Loeber (2011); 66 Warner, Wickramaratne e Weissman (2008); 67 Weissman et al. (2006); 68 Wickramaratne et al. (2011).

Weissman et al., 2006).

Um único estudo não identificou correlação estatisticamente significativa entre depressão materna e comportamentos externalizantes de escolares (Boyce et al., 2006), contudo, constatou a presença de mais problemas de comportamento internalizante quando das associações com baixo envolvimento paterno na infância, com maior gravidade dos sintomas de saúde mental em geral e para o gênero feminino.

Tais achados evidenciaram a ênfase na investigação de comportamentos externalizantes predominantemente a partir da idade escolar. A escolha pela avaliação de indicadores de comportamentos internalizantes e externalizantes pode ser observada, por exemplo, no estudo de Asbury, Dunn e Plomin (2006) com crianças gêmeas, o qual identificou a presença de indicadores de hiperatividade, problemas de atenção, problemas

de conduta e no relacionamento com os pares, bem como problemas de comportamento internalizante, para escolares, quando da presença de variáveis contextuais relacionadas às interações negativas entre pais e filhos.

Com relação a outras variáveis estudadas, destacam-se a verificação da associação da depressão materna ao estresse como potencializadoras da relação dos problemas de saúde mental em adolescentes (Carter & Garber, 2011), assim como a verificação de problemas emocionais aos 4 e 6 anos por parte das crianças com maior risco de suicídio na adolescência (Chronis-Tuscano et al., 2010), e a convivência com a depressão materna no primeiro ano de vida da criança identificada como uma condição de maior vulnerabilidade para problemas futuros de saúde mental infantil (Bagner, Pettit, Lewinsohn, & Seeley, 2010).

Condições adversas do ambiente familiar foram associadas

à depressão materna influenciando as trajetórias de problemas das crianças ao longo do período pré-escolar e escolar, como verificado nos estudos de Fanti e Henrich (2010) quanto aos riscos do ambiente familiar e a co-ocorrência de problemas externalizantes e internalizantes; de Feng et al. (2008) quando da avaliação do controle parental negativo; de Talati et al. (2007) com famílias monoparentais e de Pagani, Japel, Vaillancourt, Côté e Tremblay (2008) com relação às variáveis, baixo nível sócio econômico, conflitos familiares e gênero feminino.

Todos os 68 artigos analisados incluíram em suas avaliações, além da depressão materna, outras variáveis contextuais, buscando verificar se essas estavam associadas às dificuldades comportamentais e de saúde mental das crianças. Tais variáveis referem-se a características sociodemográficas, aspectos clínicos do transtorno materno, e peculiaridades do ambiente familiar quanto às interações e às práticas educativas. Tendo em vista a escolha das palavras-chave para a busca de artigos, identificou-se um número maior de condições potencializadoras das dificuldades.

Algumas condições avaliadas foram identificadas como favorecedoras de comportamentos e condições de saúde mental positiva das crianças, sendo tais variáveis: o partilhar pela mesma religião pelos membros da família (Jacobs, Miller, Wickramaratne, Gameroff, & Weissman, 2012); o gênero feminino para a presença de mais comportamento pró-social (Essex et al., 2006), bons recursos verbais das próprias crianças (Corapci, Smith, & Lozoff, 2006), as características de menor gravidade do transtorno depressivo das mães (Campbell, Matestic, Von Stauffenber, Mohan, & Kirchner, 2007; Pilowsky et al., 2008); as práticas educativas, com cuidado parental adequado (Elgar et al., 2007), a presença paterna no cotidiano da criança (Sterba, Prinstein, & Cox, 2007) e o comportamento afetivo e responsivo da mãe frente à criança (Foster et al., 2008).

A variável gênero, nos estudos longitudinais, pode ser destacada como a mais relacionada a problemas de saúde mental para as crianças. Foi verificado que as meninas que convivem com a depressão materna apresentaram mais problemas em todas as idades de desenvolvimento estudadas (Elgar et al., 2007; Hay et al., 2008; Kersten-Alvarez et al., 2012; Kiss et al., 2007; Shamon, Beauchaine, Brenner, Neuhaus, & Kopp, 2007; Sourander et al., 2006; Sterba et al., 2007) e com relação aos meninos em idade escolar, foi verificada a presença de mais problemas de conduta (Lengua, Bush, Long, Kovacs, & Trancik, 2008), de menos comportamento pró-social (Essex et al., 2006) e de mais sintomas internalizantes (Karevold, Roysamb, Ystrom, & Mathiesen, 2009).

Quanto às características clínicas da depressão das mães, verificou-se que a maior gravidade e o maior tempo de exposição da criança à sintomatologia materna foram associados a mais problemas emocionais e comportamentais e mais prejuízo no funcionamento global por parte de escolares e adolescentes (Wickramaratne et al., 2011); e, ainda, que a presença de comorbidades com outros transtornos mentais foi associada a mais sintomas depressivos (Hay et al., 2008) e mais manifestações emocionais e comportamentais em geral para crianças em idade escolar (Karevold et al., 2009; Loeber et al., 2009) e em diferentes etapas do desenvolvimento (Barker

& Maughan, 2009; Campbell et al., 2007; Gross et al., 2008; Sterba et al., 2007).

A depressão materna foi associada ainda à presença de mais problemas emocionais e comportamentais quando da presença de interações familiares pobres e negativas, com destaque para a identificação de: apego infantil inseguro (Milan, Snow, & Belay, 2009), conflitos familiares recorrentes (Burt et al., 2005; Pilowsky et al., 2006; Sourander et al., 2006), famílias monoparentais ou com ausência do pai (Chang, Halpern, & Kaufman 2007), e práticas parentais inadequadas, tais como práticas educativas com punição severa (Barker & Maughan, 2009; Loeber et al., 2009), estilo parental inadequado (Bureau, Easterbrooks, & Lyons-Ruth, 2009; Pilowsky et al., 2006), rejeição e comportamento negativo (Elgar et al., 2007).

No conjunto de estudos identificados, a análise das associações entre depressão materna e aspectos comportamentais e de saúde mental das crianças evidenciou que a convivência com tal adversidade mostrou-se associada, predominantemente, à presença de dificuldades emocionais e comportamentais em geral, de manifestações depressivas e de ansiedade. Destaca-se, assim, com base nessa revisão sistemática da literatura, que a depressão materna se configura como uma condição de risco ao desenvolvimento infantil nas diferentes etapas do desenvolvimento, se associando predominantemente aos sintomas internalizantes para as meninas, e aos para sintomas externalizantes, quando da avaliação de escolares e adolescentes.

Características do ambiente familiar, tais como estilo parental, organização familiar e interações intrafamiliares, também se configuraram como variáveis associadas à depressão materna relevantes para a análise das condições contextuais adversas, concorrendo para as dificuldades comportamentais e de psicopatologia verificadas. Destaca-se que tais variáveis foram abordadas em análises multivariadas, sinalizando a necessidade de compreensão dos múltiplos fatores que concorrem para os processos de adaptação das crianças frente às condições adversas.

Considerações finais

Evidenciou-se nos 68 artigos analisados bons controles metodológicos, explícitos pela ênfase nos estudos de seguimento, com confirmação diagnóstica para mães e/ou crianças e triangulação de fontes de informações. Contudo, verificou-se como pontos críticos: pouca informação sobre as características clínicas da depressão materna, tais como recorrência, gravidade e tempo e período de exposição da criança à sintomatologia das mães; bem como o uso de uma diversidade de instrumentos para a avaliação dos indicadores de dificuldades comportamentais e de psicopatologia infantil, e a inclusão de um extenso número de variáveis como condições contextuais, além de distintos critérios de inclusão e exclusão dos participantes, aspectos estes que dificultaram as comparações dos dados de forma mais específica.

Observou-se ainda, como limites presentes em alguns estudos específicos: a utilização de amostras de conveniência e muito peculiares, tais como comparações entre raças, o que limita a generalização dos resultados, além da falta de informações a respeito da psicopatologia paterna na maioria dos estudos e a não consideração do risco genético para a continuidade

intergeracional da depressão, a qual foi avaliada em apenas dois estudos.

Considerando que a depressão materna, pelas suas peculiaridades de recorrência e cronicidade, é uma condição que expõe as crianças a múltiplas situações adversas; tais limites sugerem a necessidade de novos estudos que focalizem, além da depressão materna, variáveis contextuais, avaliadas por instrumentos que permitam maior comparação entre os dados, e que inclusive combinem medidas biológicas e psicossociais para a verificação da continuidade intergeracional dos sintomas depressivos. Destaca-se, nesse contexto, a relevância de se compreender, além das condições que aumentam os riscos de dificuldades, as variáveis que favorecem as ações protetoras para a saúde mental de crianças que convivem com a depressão materna, com ênfase nos padrões comportamentais internalizantes e externalizantes, a fim de reunir indicadores que favoreçam o planejamento de intervenções junto a famílias que convivem com a depressão.

Referências

- Abela, J. R. Z., Morrison, E., & Starrs, C. (2007). Excessive reassurance seeking, self-esteem, and depressive symptoms in children of affectively ill parents: An experience sampling analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(7), 849-869.
- Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.
- Asbury, K., Dunn, J. F., & Plomin, R. (2006). Birthweight-discordance and differences in early parenting relate to monozygotic twin differences in behavior problems and academic achievement at age 7. *Developmental Science*, 9(2), 22-31.
- Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(7), 699-707.
- Barker, E. D., Copeland, W., Maughan, B., Jaffee, S. R., & Uher, R. (2012). Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 124-129.
- Barker, E. D., & Maughan, B. (2009). Differentiating early-onset persistent versus childhood-limited conduct problem. *The American Journal of Psychiatry*, 166(8), 900-908.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(8), 965-972.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-236. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x.
- Bergeron, L., Valla, J. P., Smolla, N., Piché, G., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (2007). Correlates of depressive disorders in the Quebec general population 6 to 14 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 459-474.
- Blatt-Eisengart, I., Drabick, D. A. G., Monahan, K. C., & Steinberg, L. (2009). Sex differences in the longitudinal relations among family risk factors and childhood externalizing symptoms. *Developmental Psychology*, 45(2), 491-502.
- Boyce, W. T., Essex, M. J., Alkon, A., Goldsmith, H. H., Kraemer, H. C., & Kupfer, D. J. (2006). Early father involvement moderates biobehavioral susceptibility to mental health problems in middle childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1510-1520.
- Boyd, R. C., Chen, E., & Benton, T. (2009). A pilot investigation of the rates and predictors of mental health services utilization among depressed African American mothers and their children. *Journal of the National Medical Association*, 101(11), 1096-1103.
- Bureau, J. F., Easterbrooks, M. A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development Psychopathology*, 21(2), 519-537.
- Burt, K. B., Van Dulmen, M. H. M., Carlivati, J., Egeland, B., Sroufe, L. A., Forman, D. R., ... Carlson, E. A. (2005). Mediating links between maternal depression and offspring psychopathology: The importance of independent data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 490-499. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00367
- Campbell, S. B., Matestic, P., Von Stauffenberg, C., Mohan, R., & Kirchner, T. (2007). Trajectories of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and children's functioning at school entry. *Developmental Psychology*, 43(5), 1202-1215.
- Carter, J. S., & Garber, J. (2011). Predictors of the first onset of a major depressive episode and changes in depressive symptoms across adolescence: Stress and negative cognitions. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 779-796.
- Chang, J. J., Halperin, C. T., & Kaufman, J. S. (2007). Maternal depressive symptoms, father's involvement, and the trajectories of child problem behaviors in a US national sample. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 697-703.
- Chen, M., & Johnston, C. (2007). Maternal inattention and impulsivity and parenting behaviors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 455-468.
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B. S., Pelham, W. E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., & Lahey, B. B., (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1044-1051. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.127
- Corapci, F., Smith, J., & Lozoff, B. (2006). The role of verbal competence and multiple risk on the internalizing behavior problems of Costa Rican youth. *Annals of the New York Academy Sciences*, 1094, 278-281.
- Cortes, R. C., Fleming, C. B., Mason, W. A., & Catalano, R. F. (2009). Risk factors linking maternal depressed mood to growth in adolescent substance use. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17(1), 49-64.
- Dearing, K. F., & Gotlib, I. H. (2009). Interpretation of ambiguous information in girls at risk for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 79-91.
- Dietz, L. J., Birmaher, B., Williamson, D. E., Silk, J. S., Dahl, R. E., Axelson, D. A., ... Ryan, N. D. (2008). Mother-child interactions in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 574-82. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181676595
- Drabick, D. A. G., Beauchaine, T. P., Gadow, K. D., Carlson, G. A., & Bromet, E. J. (2006). Risk factors for conduct problems and depressive symptoms in a cohort of ukrainian children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(2), 244-252.
- Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 943-955.
- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Armstrong, J. M., Boyce, W. T., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., ... Kupfer, M. D. (2006). Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1246-1256. doi: 10.1001/archpsyc.63.11.1246
- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*, 46(5), 1159-1175.
- Feder, A., Alonso, A., Tang, M., Liriano, W., Warner, V., Pilowsky, D., &

- Weismann, M. M. (2008). Children of low-income depressed mothers: Psychiatric disorders and social adjustment. *Depression and Anxiety*, 0, 1-8. doi: 10.1002/da.20522
- Feng, X., Shaw, D. S., & Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 32-47.
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.
- Foster, C. J. E., Garber, J., & Durlak, J. A. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 527-537.
- Galéra, C., Côté, S. M., Bouvard, M. P., Pingault, J. B., Melchior, M., Michel, G., ... Tremblay, R. E. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of General Psychiatry*, 68(12), 1267-1275. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.138
- Green, J., Stanley, C., & Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment & Human Development*, 9(3), 207-222.
- Gregory, A. M., Moffitt, T. E., Ambler, A., Arseneault, L., Houts, R. M., & Caspi, A. (2012). Maternal insomnia and children's family socialization environments. *Sleep*, 35(4), 579-582.
- Grillon, C., Warner, V., Hille, J., Merikangas, K. R., Bruder, G. E., Tenke, C. E., ... Weissman, M. M. (2005). Families at high and low risk for depression: A three-generation startle study. *Biological Psychiatry*, 57, 953-960. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.01.045
- Gross, H. E., Shaw, D. S., & Moilanen, K. L. (2008). Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 693-709.
- Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), S104-S110.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., & Sharp, D. (2008). Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1079-1088.
- Jacobs, M., Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M., & Weissman, M. M. (2012). Family religion and psychopathology in children of depressed mothers: ten-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 320-327.
- Jaser, S. S., Fear, J. M., Reeslund, K. L., Champion, J. E., Reising, M. M., & Compas, B. E. (2008). Maternal sadness and adolescents responses to stress in offspring of mothers with and without a history of depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 736-746.
- Joormann, J., Talbot, L., & Gotlib, I. H. (2007). Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 135-143.
- Karevold, E., Roysamb, E., Ystrom, E., & Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology*, 45(4), 1051-1060.
- Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M., Riksen-Walraven, J. M., van Doesum, K. T., Smeekens, S., & Hoefnagels, C. (2012). Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: Comparison with a community sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(2), 201-218.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Rutter, M., Tomás, M. P., & Moffitt, T. E. (2006). The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1009-1018.
- Kiss, E., Gentzler, A. M., George, C., Kapornai, K., Tamás, Z., Kovacs, M., & Vetró, A. (2007). Factors influencing mother-child reports of depressive symptoms and agreement among clinically referred depressed youngsters in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 100, 143-151. doi: 10.1016/j.jad.2006.10.008
- Kopp, L. M., & Beauchaine, T. P. (2007). Patterns of psychopathology in the families of children with conduct problems, depression, and both psychiatric conditions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 301-312.
- Leech, S. L., Larkby, C. A., Day, R., & Day, N. L. (2006). Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at Age 10. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 223-230.
- Lengua, L. J., Bush, N. R., Long, A. C., Kovacs, E. A., & Trancik, A. M. (2008). Effortful control as a moderator of the relation between contextual risk factors and growth in adjustment problems. *Development and Psychopathology*, 20, 509-528.
- Loeber, R., Hipwell, A., Battista, D., Semboer, M., & Stouthamer-Loeber, M. (2009). Intergenerational transmission of multiple problem behaviors: prospective relationships between mothers and daughters. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1035-1048.
- Markowitz, J. C. (2008). Depressed mothers, depressed children. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1086-1088.
- Milan, S., Snow, S., & Belay, S. (2009). Depressive symptoms in mothers and children: Preschool attachment as a moderator of risk. *Developmental Psychology*, 45(4), 1019-1033.
- Monshouwer, K., Smit, F., Ruiter, M., Ormel, H., Verhulst, F., Vollebergh, W., & Oldehinkel, T. (2012). Identifying target groups for the prevention of depression in early adolescence: The TRAILS study. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 287-294. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.026
- Olino, T. M., Lopez-Duran, N. L., Kovacs, M., George, C. J., Gentzler, A. L., & Shaw, D. S. (2011). Developmental trajectories of positive and negative affect in children at high and low familial risk for depressive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 792-799.
- Pachter, L. M., Auinger, P., Palmer, R., & Weitzman, M. (2006). Do parenting and the home environment, maternal depression, neighborhood, and chronic poverty affect child behavioral: Problems differently in different racial-ethnic groups? *Pediatrics*, 117(4), 1329-1338.
- Pagani, L. S., Japel, C., Vaillancourt, T., Côté, S., & Tremblay, R. E. (2008). Links between life course trajectories of family dysfunction and anxiety during middle childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 41-53.
- Pawlby, S., Sharp, D., Hay, D., & O'Keane, V. (2008). Postnatal depression and child outcome at 11 years: The importance of accurate diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 107, 241-245.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Nomura, Y., & Weissman, M. M. (2006). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. *Journal of American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 452-460.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Talati, A., Tang, M., Hughes, C. W., Garber, J., ... Weissman, M. M. (2008). Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: Findings from the STAR*D-child study. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1136-1147. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081286
- Rice, F., Harold, G. T., Boivin, J., Van Den Bree, M., Hay, D. F., & Thapar, A. (2010). The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: Disentangling environmental and inherited influences. *Psychological Medicine*, 40, 335-345.
- Shannon, K. E., Beauchaine, T. P., Bremner, S. L., Neuhaus, E., & Kopp, L. G. (2007). Familial and temperamental predictors of resilience in children at risk for conduct disorder and depression. *Developmental Psychopathology*, 19(3), 701-727.
- Shaw, D. S., Hyde, L. W., & Brennan, L. M. (2012). Early predictors of boys' antisocial trajectories. *Developmental Psychopathology*, 24(3), 871-888.
- Shaw, D. S., Lacourse, E., & Nagin, D. S. (2005). Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 931-942.
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E. M., Oland, R. A., & Kovacs, M. (2006).

- Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 69-78.
- Sourander, A., Pihlakoski, L., Aromaa, M., Rautava, P., Helenius, H., & Silanpää, M. (2006). Early predictors of parent- and self-reported perceived global psychological difficulties among adolescents. A prospective cohort study from age 3 to age 15. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 173-182.
- Sterba, S. K., Prinstein, M. J., & Cox, M. J. (2007). Trajectories of internalizing problems across childhood: heterogeneity, external validity, and gender differences. *Development and Psychopathology*, 19, 345-366.
- Talati, A., Wickramaratne, P. J., Pilowsky, D. J., Alpert, J. E., Cerda, G., Garber, J., ... Weissman, M. M. (2007). Remission of maternal depression and child symptoms among single mothers: A STAR*D-child report. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 962-71. doi: 10.1007/s00127-007-0262-4
- Tompson, M. C., Pierre, C. B., Boger, K. D., McKowen, J. W., Chan, P. T., & Freed, R. D. (2010). Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(1), 105-117.
- van der Molen, E., Hipwell, A. E., Vermeiren, R., & Loeber, R. (2011). Maternal characteristics predicting young girls' disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 179-190.
- Vasa, R. A., Roberson-Nay, R., Klein, R. G., Mannuzza, S., Moulton, J. L., Guardino, M., & Pine, M. D. (2007). Memory deficits in children with and at risk for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 24, 85-94. doi: 10.1002/da.20193
- Warner, V., Wickramaratne, P., & Weissman, M. M. (2008). The role of fear and anxiety in the familial risk for major depression: a three-generation study. *Psychological Medicine*, 38, 1543-1556.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1001-1008.
- Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Pilowsky, D. J., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, ... Weissman, M. M. (2011). Children of depressed mothers 1 year after remission of maternal depression: Findings from the STAR*D-Child study. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 593-602. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10010032

Fernanda Aguiar Pizeta, doutoranda em Ciências - Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), é psicóloga do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. E-mail: fepizeta@usp.br

Thaysa Brinck Fernandes Silva, mestranda em Ciências - Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). E-mail: thaysabrinck@hotmail.com

Maria Isabela Brasil Cartafina, mestre em Ciências - Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). E-mail: isacartafina@gmail.com

Sonia Regina Loureiro, doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), é professora doutora na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). E-mail: srlourei@fmrp.usp.br