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

ANA PAULA CASAGRANDE SILVA

**Depressão materna e comportamento de crianças: estressores,
práticas parentais positivas e suporte social**

Ribeirão Preto - SP

2014

ANA PAULA CASAGRANDE SILVA

**Depressão materna e comportamento de crianças: estressores,
práticas parentais positivas e suporte social**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

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.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Silva, Ana Paula Casagrande.

Depressão materna e comportamento de crianças: estressores, práticas parentais positivas e suporte social / Ana Paula Casagrande Silva; orientadora Sonia Regina Loureiro. – Ribeirão Preto, 2014.
170 f. : il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Área de Concentração: Saúde Mental.

1. Depressão. 2. Comportamento infantil. 3. Mães.
4. Vulnerabilidade social. 5. Apoio social.

Nome: Silva, Ana Paula Casagrande

Título: Depressão materna e comportamento de crianças: estressores, práticas parentais positivas e suporte social

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Dedico este trabalho aos meus pais, **Maria Augusta e Décio**, que sempre me incentivaram e nunca mediram esforços para que eu pudesse estudar.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelas oportunidades proporcionadas, pela sabedoria para fazer as melhores escolhas e pelas pessoas maravilhosas que colocou no meu caminho.

À minha orientadora **Prof^a. Dr^a. Sonia Regina Loureiro**, pela oportunidade, confiança e parceria, pelo apoio nos mais diversos momentos, pela paciência e pelo empenho, em mais do que me orientar, mas me ensinar cada passo, cada detalhe para que eu realmente aprendesse. Agradeço por ter compartilhado comigo seu imenso conhecimento e me ensinado a não desistir diante dos obstáculos. Deixo aqui registrada, além dos agradecimentos, a minha profunda e sincera admiração.

Às professoras da banca do meu Exame de Qualificação **Prof^a. Dr^a. Edna Maria Marturano**, **Prof^a. Dr^a. Flávia de Lima Osório** e **Prof^a. Dr^a. Sônia Regina Pasian**, pelas ricas contribuições, que possibilitaram o aprimoramento desse trabalho e a ampliação do meu aprendizado.

À psicóloga **Fernanda Pizeta**, pela parceria e pelo apoio durante essa jornada. Obrigada por ter compartilhado comigo a sua experiência, facilitando o meu percurso e contribuindo para o meu crescimento.

Aos bolsistas de iniciação científica e de apoio técnico, **Isabela**, **Camila**, **Paula Mayara**, **Bárbara**, **Fernanda Balarini**, **Gabriel** e **Náthaly**, pelo companheirismo e auxílio em diversas etapas de elaboração desse trabalho.

Aos **funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e da Secretaria do prédio da Saúde Mental**, pela dedicação e eficiência com que sempre me auxiliaram.

Às **equipes 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 colaboração, essenciais para a realização deste estudo.

Às **mães** e às **crianças** que participaram deste estudo, pela confiança em compartilhar suas histórias, possibilitando momentos de enriquecimento profissional e pessoal.

Aos meus **ex-professores da UFSCar**, que ainda se fazem presentes através dos ensinamentos, por terem despertado em mim o gosto e o interesse pela pesquisa.

Ao **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**, por ter contribuído para minha formação profissional e incentivado que as atividades científicas sempre caminhassem em paralelo as atividades práticas, aumentando ainda mais a minha motivação para seguir na área acadêmica.

À psicóloga **Mariana**, que foi quem me apresentou para a Prof^a. Sonia, dando incentivo ao início dessa jornada.

À psicóloga **Karina**, pelo apoio e pela torcida mutua durante a pós-graduação.

À psicóloga **Alice França**, pelo acolhimento e pelos ricos momentos de reflexão pessoal, amenizando minhas angústias e contribuindo sobremaneira para um caminhar sereno.

Aos **amigos, colegas e aprimorandos do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP**, pelo suporte e incentivo na convivência diária.

Às minhas queridas amigas... **Ana Luísa, Flávia, Hellen e Maria Carolina**, pela agradável convivência diária, pelo companheirismo, acolhimento e incentivo em todas as horas. **Stela**, pela constante disponibilidade e compreensão dos meus momentos de ausência. **Andresa e Gabriela Leone**, que mesmo a distância, nunca deixaram de torcer por mim e me amparar. **Gabriela Pavarini**, pelo imenso carinho e apoio mesmo estando tão distante, colaborando inclusive de maneira prática com traduções. Agradeço a amizade sincera de todas vocês.

À minha sogra e ao meu sogro, **Tereza e Antônio**, por terem respeitado e apoiado os momentos em que precisei trabalhar em sua casa.

Ao meu pai, **Décio**, exemplo de perseverança e a minha mãe, **Maria Augusta**, pelo modelo de força e superação. Obrigada por participarem de todos os momentos da minha vida, torcendo por mim. Obrigada pelo amor, cuidado e apoio incondicional, em tudo que eu faço. Sem vocês eu não teria chegado até aqui.

À minha irmã **Ana Claudia**, pelo carinho, incentivo, apoio e por sempre estar ao meu lado, tornando os momentos difíceis mais leves e os alegres ainda mais especiais.

Ao meu querido companheiro, **Leandro**, pelo carinho diário, por caminhar comigo e apoiar meus sonhos. Obrigada pelos momentos de descontração tão essenciais e pela paciência nos distanciamentos necessários para realização deste trabalho. Agradeço pela compreensão do meu cansaço no final e por estar ao meu lado sempre. Sua presença me fortalece.

RESUMO

Silva, A. P. C. (2014). *Depressão materna e comportamento de crianças: estressores, práticas parentais positivas e suporte social*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A depressão materna é reconhecida como uma adversidade ao comportamento infantil. O estudo se insere em lacunas apontadas pela literatura quanto à necessidade de abordar, de forma combinada, múltiplas condições contextuais de risco e proteção associadas à depressão materna. Objetivou-se identificar condições de risco e de proteção para problemas comportamentais de crianças que convivem com a depressão materna, em comparação a crianças que convivem com mães sem transtornos psiquiátricos, focalizando estressores, práticas parentais positivas e suporte social, e as possíveis associações entre essas variáveis. Avaliou-se 100 díades mães-crianças, distribuídas em dois grupos: G1 – 50 díades mães-crianças, cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; e G2 – 50 díades mães-crianças, cujas mães não apresentaram transtornos psiquiátricos. A identificação das mães participantes foi feita junto a serviços de saúde de Ribeirão Preto - SP, e as crianças, de ambos os sexos, com idade entre sete e 12 anos, foram identificadas por meio de suas mães. Procedeu-se à coleta de dados com mães e crianças em situação individual face a face. As mães responderam aos seguintes instrumentos: (a) Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV; (b) Questionário Geral; (c) Questionário de Capacidades e Dificuldades; (d) Inventário de Recursos do Ambiente Familiar; (e) Escala de Eventos Adversos; (f) Escala de Adversidade Crônica e (g) Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado para a avaliação de estressores, práticas parentais positivas e suporte social. As crianças responderam ao teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e ao Teste do Desempenho Escolar. Os instrumentos foram codificados conforme as normas técnicas e as entrevistas foram transcritas e codificadas, tendo por referência categorias pré-definidas. Para a análise dos dados, utilizou-se: Teste Exato de Fisher, Teste *t*-Student, Análise de Regressão Logística Bivariada e Correlação de Pearson, adotando-se o nível de significância de $p \leq 0,05$. Verificou-se nas comparações entre os grupos, que G1 apresentou significativamente mais indicadores de problemas comportamentais das crianças ($\bar{x}G1 = 15,12$ e $\bar{x}G2 = 9,08$), mais eventos adversos ($\bar{x}G1 = 14,08$ e $\bar{x}G2 = 8,38$), mais adversidades crônicas ($\bar{x}G1 = 3,92$ e $\bar{x}G2 = 2,22$), mais estressores no total ($\bar{x}G1 = 29,63$ e $\bar{x}G2 = 17,91$), menos recursos do ambiente familiar ($\bar{x}G1 = 57,76$ e $\bar{x}G2 = 62,12$), menos práticas parentais positivas envolvendo sensibilidade ao outro ($\bar{x}G1 = 70,00$ e $\bar{x}G2 = 90,00$) e menos suporte social no total ($\bar{x}G1 = 33,19$ e $\bar{x}G2 = 37,14$). Identificaram-se correlações moderadas e significativas dos problemas comportamentais das crianças de G1 com: estressores relacionados às crianças, suporte social total e proveniente da rede de apoio; e de G2 com: estressores total e referentes ao contexto geral, ao contexto familiar e relacionados às crianças, práticas parentais positivas total e envolvendo sensibilidade ao outro. Verificou-se a presença de múltiplas adversidades no ambiente familiar de convivência com a depressão materna, caracterizando um contexto com risco cumulativo, tendo o suporte social se caracterizado como uma condição de proteção para tais famílias. Considera-se que tais dados podem contribuir para o planejamento de estratégias de prevenção e intervenção em saúde mental materna e infantil.

Palavras-chave: Depressão. Comportamento infantil. Mães. Vulnerabilidade social. Apoio social.

ABSTRACT

Silva, A. P. C. (2014). *Maternal depression and child behaviour: stressors, positive parenting practices and social support*. Masters Dissertation, Mental Health Graduate Programme, Ribeirao Preto Medical School, University of São Paulo.

Maternal depression is well-documented as a risk factor in the development of child behaviour. There is, however, a gap in the literature concerning multiple simultaneous influences of behavioural problems in children of depressed mothers. This study helps fill this gap by identifying multiple risk and protective factors with regards to behavioural problems in children of depressed mothers, relative to children of mentally healthy mothers. The study focused on stressors, positive parental practices, social support and possible correlations between these variables. One-hundred mother-child dyads took part in the study, divided in two groups: G1 – 50 child-mother dyads in which the mothers had a history of recurrent depression; and G2 – 50 child-mother dyads in which the mothers did not suffer from psychiatric disorders. Mothers, and by extension their children, were recruited from healthcare centres in the city of Ribeirao Preto – SP. Children were aged between 6 and 12 years old. Mothers and children took part in individual face-to-face interviews. Mothers completed the following measures: (a) DSM-IV Structured Clinical Interview; (b) General Questionnaire; (c) Strengths and Difficulties Questionnaire; (d) Family Environment Resources Inventory; (e) Adverse Events Scale; (f) Chronic Adversity Scale; (g) Semi-structured interview to assess stress factors, positive parental practices, and social support. Children, in turn, completed the Raven's Colourful Progressive Matrices Scale and the School Performance Test. Scales were coded according to technical norms and interviews were transcribed and analysed in accord with previously defined codes. Data analysis was conducted using Fisher's Exact Test, Student's *t*-test, Bivariate Logistic Regression, and Pearson Correlation. Results revealed that, as compared to G2, G1 showed a higher frequency of children's behavioural problems ($\bar{x}G1 = 15.12$ and $\bar{x}G2 = 9.08$), more adverse events ($\bar{x}G1 = 14.08$ e $\bar{x}G2 = 8.38$), greater frequency of chronic adversities ($\bar{x}G1 = 3.92$ and $\bar{x}G2 = 2.22$), more stress factors in general ($\bar{x}G1 = 29.63$ and $\bar{x}G2 = 17.91$), less resources in the family environment ($\bar{x}G1 = 57.76$ and $\bar{x}G2 = 62.12$), less positive parental practices concerning social sensitivity ($\bar{x}G1 = 70.00$ and $\bar{x}G2 = 90.00$), and generally less social support ($\bar{x}G1 = 33.19$ and $\bar{x}G2 = 37.14$). The frequency of behavioural problems in G1 was positively correlated with stressors concerning the children. Notably, both greater social support in general and support provided by the social network were correlated with fewer problem behaviours for the same group. Similarly, stressors were positively correlated with behavioural problems in G2. Finally, greater frequency of positive parental practices, in particular those reflecting sensitivity to others, were related to fewer behavioural problems in G2. These results point to the presence of multiple adversities in a family environment of maternal depression, which characterizes a context of cumulative risk. However, social support emerged as a protective factor for these families. These results can inform the design of intervention and prevention strategies in the context of maternal and infant mental health.

Keywords: Depression. Child behavior. Mothers. Social vulnerability. Social support.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	65
Percurso amostral de G1	
FIGURA 2	66
Percurso amostral de G2	

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	72
Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado (tópicos relativos aos estressores, às práticas parentais positivas e ao suporte social)	
QUADRO 2	79
Variáveis, categorias, itens e fontes de informações/instrumentos	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.....	85
Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto às variáveis sociodemográficas das crianças, das mães e das famílias (n = 100)	
TABELA 2.....	87
Classificação do tipo de depressão diagnosticada para as mães das crianças de G1, segundo a CID-10 (n = 50)	
TABELA 3.....	89
Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto ao comportamento das crianças (SDQ – Escore Total de Dificuldades e escores das Escalas) (n = 100)	
TABELA 4.....	90
Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto ao comportamento das crianças, tendo por referência as classificações dos escores em Sem dificuldade ou Com dificuldade (SDQ – Escore Total de Dificuldades e escores das Escalas) (n = 100)	
TABELA 5.....	92
Análise de regressão logística bivariada, tendo como variáveis independentes a escolaridade e o estado civil maternos, a classe socioeconômica e a renda mensal familiar, e como variável dependente as classificações quanto ao comportamento das crianças em Sem dificuldade ou Com dificuldade, no SDQ – Escore Total de Dificuldades (n = 50)	
TABELA 6.....	93
Análise de regressão logística bivariada, tendo como variáveis independentes: a escolaridade e o estado civil maternos, a classe socioeconômica e a renda mensal familiar, e como variável dependente as classificações quanto ao comportamento das crianças em Sem dificuldade ou Com dificuldade, no SDQ – Escore da Escala Sintomas Emocionais (n = 50)	
TABELA 7.....	94
Análise de regressão logística bivariada, tendo como variáveis independentes a escolaridade e o estado civil maternos, a classe socioeconômica e a renda mensal familiar, e como variável dependente as classificações quanto ao comportamento das crianças em Sem dificuldade ou Com dificuldade, no SDQ – Escore da Escala Relacionamento com Colegas (n = 50)	

TABELA 8	95
Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto aos eventos adversos (EEA) e às adversidades crônicas (EAC) (n = 100)	
TABELA 9	96
Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto aos Estressores (n = 100)	
TABELA 10	97
Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto aos recursos do ambiente familiar (RAF) (n = 100)	
TABELA 11	97
Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto às Práticas Parentais Positivas (n = 100)	
TABELA 12	98
Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto ao Suporte Social (n = 100)	
TABELA 13	99
Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto aos indicadores de proteção (n = 100)	
TABELA 14	100
Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e os Estressores (múltiplos indicadores) para G1 (n = 50)	
TABELA 15	101
Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e os Estressores (múltiplos indicadores) para G2 (n = 50)	
TABELA 16	102
Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) para G2 (n = 50)	
TABELA 17	103
Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e o Suporte Social (Entrevista) para G1 (n = 50)	
TABELA 18	104
Correlações significativas entre os Estressores (múltiplos indicadores) e as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) para G2 (n = 50)	

TABELA 19	105
------------------------	-----

Correlações significativas entre os Estressores (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista) para G1 (n = 50)

TABELA 20	106
------------------------	-----

Correlações significativas entre as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista) para G2 (n = 50)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

AIDS

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APA

American Psychological Association

CBCL

Child Behavior Checklist

CEP

Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª edição

CNPq

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DAWBA

Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescent

DP

Desvio Padrão

DSM-IV

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição

DSM-V

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição

EAC

Escala de Adversidade Crônica

EEA

Escala de Eventos Adversos

FAPESP

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FMRP

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

G1

Grupo de díades mães-crianças, cujas mães apresentaram história de depressão recorrente

G2

Grupo de díades mães-crianças, cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico

HCFMRP

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC

Iniciação Científica

IC 95%

Intervalo de Confiança com 95%

OMS

Organização Mundial de Saúde

OR

Odds Ratio

PHQ-9

Questionário sobre a Saúde do Paciente

PRIME-MD

Primary Care Evaluation of Mental Disorders

RAF

Inventário de Recursos do Ambiente Familiar

SAS

Statistical Analysis System

SCID

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV

SCID-NP

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Edição para Não Pacientes

SDQ

Questionário de Capacidades e Dificuldades

SP

São Paulo

TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH

Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

TDE

Teste de Desempenho Escolar

TEPT

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TOC

Transtorno Obsessivo Compulsivo

USF

Unidade de Saúde da Família

USP

Universidade de São Paulo

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	151
Questionário Geral	
APÊNDICE B	153
Codificação e Pontuação das Variáveis relativas aos Estressores	
APÊNDICE C	156
Codificação e Pontuação das Variáveis relativas às Práticas Parentais Positivas	
APÊNDICE D	158
Codificação e Pontuação das Variáveis relativas ao Suporte Social	

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	161
Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP	
ANEXO B	162
Questionário sobre a Saúde do Paciente-9	
ANEXO C	163
Itens do Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP	
ANEXO D	164
Questionário de Capacidades e Dificuldades	
ANEXO E	165
Escala de Eventos Adversos	
ANEXO F	166
Escala de Adversidade Crônica	
ANEXO G	167
Inventário de Recursos do Ambiente Familiar	
ANEXO H	170
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

Sumário

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 A perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento: conceitos básicos	23
1.2 As crianças em idade escolar e as tarefas de desenvolvimento	25
1.3 Aspectos clínicos da depressão	28
1.4 A depressão materna e influências para o desenvolvimento infantil	29
1.5 Depressão materna e condições contextuais	33
1.5.1 Depressão materna, estressores e riscos	34
1.5.2 Depressão materna e práticas parentais	41
1.5.3 Depressão materna e suporte social	48
1.6 Contextualizando o estudo	54
2 OBJETIVOS	57
2.1 Objetivo geral	58
2.2 Objetivos específicos	58
3 MÉTODO	59
3.1 Aspectos éticos	60
3.2 Participantes	60
3.3 Caracterização da situação do estudo	61
3.4 Seleção dos participantes – Critérios de inclusão e exclusão	62
3.4.1 Seleção das mães	62
3.4.2 Seleção das crianças	63
3.5 Percurso amostral	64
3.5.1 G1 – Mães com depressão	64
3.5.2 G2 – Mães sem transtorno psiquiátrico	65
3.6 Instrumentos	67
3.6.1 Com as mães	67
3.6.2 Com as crianças	73
3.7 Materiais	75
3.8 Procedimentos	75
3.8.1 Coleta de dados	75
3.8.2 Tratamento dos dados	77
4 RESULTADOS	83
4.1 Perfil sociodemográfico e clínico da amostra	84

4.2 Comparações entre os grupos	88
4.2.1 Indicadores comportamentais das crianças.....	88
4.2.2 Indicadores relativos às condições de risco – Eventos adversos, adversidades crônicas e estressores	95
4.2.3 Indicadores relativos às condições de proteção – Recursos do ambiente familiar, práticas parentais positivas e suporte social.....	96
4.3 Correlações entre as variáveis.....	99
5 DISCUSSÃO	107
5.1 Estudo de comparação entre os grupos	108
5.1.1 Características sociodemográficas da amostra	108
5.1.2 Indicadores comportamentais das crianças.....	112
5.1.3 Indicadores relativos às condições de risco	115
5.1.4 Indicadores relativos às condições de proteção	116
5.2 Estudo correlacional	120
5.2.1 Correlações entre os indicadores comportamentais das crianças e os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social.....	120
5.2.2 Correlações entre os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social.....	124
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
6.1 Limites e alcances do estudo	130
6.2 Implicações para prática e estudos futuros	132
REFERÊNCIAS	134
APÊNDICES	150
ANEXOS	160

1 INTRODUÇÃO

1.1 A perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento: conceitos básicos

A perspectiva teórica da psicopatologia do desenvolvimento configura-se como uma orientação importante para o estudo da doença e da saúde mental (Sameroff, 2000). Essa se fundamenta na compreensão das múltiplas condições que favorecem a competência e/ou a disfunção ao longo do ciclo vital, com ênfase nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que influenciam desfechos diversos de desenvolvimento, propiciando a resiliência ou a desadaptação (Toth & Cicchetti, 2010). Sob tal enfoque, com relação ao desenvolvimento infantil, são valorizados estudos que abordam a compreensão dos processos que envolvem as adversidades e a resiliência, de modo a identificar as variáveis relevantes para os desfechos e as suas associações com condições dos contextos de desenvolvimento (Feldman & Masalha, 2007; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Yunes, 2006). Para melhor compreensão de tal perspectiva, serão abordados, de forma breve, alguns conceitos-chave, a saber: resiliência, risco, estresse, vulnerabilidade, enfrentamento, proteção e competência.

A resiliência foi definida por Masten e Gewirtz (2006) como a adaptação positiva que os indivíduos podem manifestar frente a situações de dificuldades, sendo considerados fundamentais para a detecção desse fenômeno dois fatores: a exposição à adversidade e a avaliação da capacidade de superação do indivíduo, pois o conceito abrange maneiras eficientes de enfrentar as dificuldades (Walsh, 2005). Segundo Yunes (2003), o construto resiliência refere-se a uma condição humana que se manifesta por meio de um conjunto de processos ou sistemas, o qual possibilita lidar melhor com as dificuldades, mas depende da relação de equilíbrio e desequilíbrio entre os mecanismos de risco e proteção presentes no ambiente dos indivíduos. Nesse sentido, a resiliência depende não somente de aspectos individuais (habilidades cognitivas e sociais), mas também é fortemente influenciada por fatores ambientais (Bee, 2003).

Ao longo da vida, as pessoas estão expostas basicamente a dois tipos de adversidades que influenciam o desenvolvimento saudável, a saber: os eventos estressores, que correspondem a episódios ou experiências de vida traumáticas e incomuns que geralmente favorecem resultados desfavoráveis na trajetória do indivíduo (Masten & Gewirtz, 2006) e os fatores de risco, os quais se referem a condições que aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais, quando a eles submetido, em algum momento do ciclo vital (Yunes, Garcia, & Albuquerque, 2007).

Segundo Yunes e Szymanski (2001), tanto o conceito de estresse quanto o conceito de risco referem-se a experiências de vida negativas. Entretanto, o estresse indica situações temporárias ou transitórias, que sobrecarregam ou excedem os recursos adaptativos da pessoa. Já o risco envolve uma rede complexa de acontecimentos anteriores e posteriores a um determinado evento negativo, ou seja, as condições antecedentes e as consequências da vivência desse evento. Por isso, o risco deve ser pensado como um processo e não como uma variável isolada, visto que varia de acordo com as circunstâncias de vida e pode ter diferentes consequências, dependendo de cada indivíduo (Rutter, 1987). Tais autores enfatizaram ainda que as respostas frente ao estresse também podem variar de um indivíduo para o outro, pois a classificação de um evento como estressor depende da percepção e da interpretação do indivíduo sobre a demanda da condição enfrentada.

Nesse sentido, a variedade de respostas frente ao estresse ou risco relaciona-se com os conceitos de vulnerabilidade e enfrentamento. A vulnerabilidade refere-se a predisposições ou susceptibilidades a respostas ou consequências negativas, potencializando o efeito dos estressores e dos fatores de risco. Por outro lado, os recursos de enfrentamento são estratégias utilizadas frente às adversidades, que amenizam os aspectos negativos das situações de estresse ou risco e podem, consequentemente, favorecer respostas de adaptação do indivíduo ao seu ambiente, com mais competência (Yunes & Szymanski, 2001). É importante ressaltar, que a vulnerabilidade e os recursos de enfrentamento operam somente diante da presença de estresse e/ou risco, não tendo efeito quando esses estão ausentes.

Considera-se, assim, que fatores de risco e proteção são elementos fundamentais que se combinam no cenário complexo do desenvolvimento humano (Pesce et al., 2004). Faz-se necessário salientar que os fatores de proteção não são sinônimos de experiências positivas, ou seja, não são acontecimentos, mas sim qualidades ou condições do indivíduo ou do ambiente que podem modificar as respostas às situações adversas. Além disso, não tem a função simplesmente de favorecer o desenvolvimento normal, mas sim de modificar a resposta do indivíduo em situações adversas, não apresentando efeitos na ausência do risco (Yunes & Szymanski, 2001). Os fatores de proteção podem ser classificados em três classes: (a) atributos disposicionais do indivíduo, (b) coesão familiar e (c) rede de apoio social bem definida (Pinheiro, 2004). Tais classes foram identificadas também por Maia e Willians (2005) com base em um estudo de revisão, no qual analisaram vários estudos científicos sobre fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil, relatando que as características individuais da criança, o funcionamento familiar, as práticas parentais e as fontes de apoio

social constituem-se em relevantes fatores de proteção que favorecem a competência e a adaptação.

A competência é definida como sucesso nas tarefas de desenvolvimento de acordo com a idade, gênero e expectativas sociais (Yunes & Szymanski, 2001). Pode ser favorecida por fatores de proteção, os quais podem facilitar o processo individual de identificação e enfrentamento do risco, auxiliando o indivíduo a dimensioná-lo (Pesce et al., 2004), bem como reduzir o impacto de condições ou de experiências negativas, contribuindo para resultados adaptativos (Masten & Gewirtz, 2006).

No próximo tópico, serão abordadas as tarefas de desenvolvimento características de crianças em idade escolar, foco de interesse do presente estudo.

1.2 As crianças em idade escolar e as tarefas de desenvolvimento

O início da escolarização formal representa uma relevante mudança no nível de expectativas de performance para a criança, que precisa buscar atingi-las. É um período em que ocorrem mudanças cognitivas muito importantes, as quais são fundamentais na preparação das crianças para as exigências da adolescência e da vida adulta. A criança deve aprender competências e papéis específicos de sua cultura, incluindo leitura, escrita e aritmética (Bee, 1997).

Com a entrada na escola as crianças também enfrentam o desafio de estabelecer novos relacionamentos (professores e pares), necessitando da ampliação do repertório de habilidades sociais. A entrada da criança em novos grupos sociais é um aspecto significativo para o desenvolvimento das habilidades sociais, pois impõem a todo instante novos desafios interpessoais. A inserção no ambiente escolar representa o contato com novas pessoas e a necessidade de adaptação a novas demandas, sendo as duas principais: relacionar-se com os colegas e corresponder às exigências acadêmicas de aprendizagem. Faz-se importante apontar que o baixo desempenho acadêmico demonstra associação com déficits no repertório de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2005).

Na infância intermediária, o relacionamento com os pares assume grande importância e acontece uma mudança quanto à compreensão das amizades, que passam a ser vistas como relações recíprocas. Além disso, é nesta fase do desenvolvimento que ocorre uma redução dos níveis de agressividade física, e um aumento das agressões verbais e dos insultos.

É importante destacar que as crianças que sofrem rejeição, em geral, apresentam elevados níveis de agressividade, estando mais propensas a ter problemas comportamentais na adolescência e transtornos psiquiátricos na vida adulta (Bee, 1997).

Nesse período, as crianças em idade escolar têm como principal desafio dar conta de duas tarefas de desenvolvimento, as quais são: o estabelecimento de relacionamentos interpessoais com os pares e um desempenho escolar satisfatório, sendo que o cumprimento dessas tarefas constitui-se em medida de adaptação e indicador de saúde mental. De acordo com Marturano e Loureiro (2003), os indicadores comportamentais e de desempenho acadêmico tornam-se muito importantes no período escolar, posto que neste as principais tarefas típicas de desenvolvimento envolvem a socialização e o desempenho acadêmico.

As dificuldades adaptativas no período escolar foram examinadas por Marturano, Trivellato-Ferreira e Gardinal (2009), que estudaram o estresse no cotidiano escolar na transição da primeira série, com uma amostra de 171 crianças, de 6 a 8 anos, de escolas públicas do Estado de São Paulo, sendo identificadas como situações estressoras de maior intensidade o relacionamento com os colegas e a adaptação às demandas do contexto escolar. Relataram que o desempenho avaliado por teste objetivo (Teste de Desempenho Escolar – TDE) configurou-se como um preditor de estresse no domínio acadêmico, e as situações estressantes na convivência com os colegas apresentaram correlação negativa com o desempenho acadêmico.

Como medida de adaptação frente às tarefas de desenvolvimento no período escolar, além de medidas do desempenho acadêmico, vários estudos têm utilizado indicadores de problemas comportamentais. Segundo Achenbach et al. (2008), os problemas comportamentais representam as dificuldades mais frequentes para os escolares. Dentre os instrumentos que avaliam o comportamento de crianças inclui-se o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), a seguir serão apresentados alguns estudos nacionais que abordaram a prevalência de problemas de comportamento em escolares utilizando tal instrumento.

No estudo de Fleitlich e Goodman (2000), com uma amostra de crianças e adolescentes entre sete e 14 anos de idade, identificados a partir das escolas do município de Campos de Jordão - SP, verificou-se taxa de prevalência de problemas comportamentais de 15% na amostra geral, sendo que 22% dessas crianças com problemas moravam em favelas.

Em outro estudo brasileiro realizado no município de Ribeirão Preto - SP, o SDQ foi respondido tanto pelos pais quanto pelos professores das crianças, entre sete e 12 anos, que estavam nos quatro primeiros anos do ensino fundamental de uma escola pública da cidade,

sendo identificada taxa de prevalência de 18,7% para problemas de comportamento na avaliação dos pais e de 8,3%, na avaliação dos professores (Cury & Golfeto, 2003).

O SDQ foi utilizado também no estudo de Paula, Miranda e Bordin (2008), com uma amostra probabilística de crianças e adolescentes, entre 11 e 15 anos, que frequentavam a sexta série do ensino fundamental, em todas as escolas do município de Barretos - SP. Tal questionário foi respondido pelas crianças e adolescentes, na versão autoaplicável, sendo identificada taxa de prevalência de 12,5% de problemas de comportamento. Os referidos autores avaliaram também indicadores de risco para a saúde mental dos participantes, verificando a associação dos problemas comportamentais com a exposição à violência familiar e urbana.

Em função da elevada incidência de problemas de comportamento durante a infância intermediária, abordar-se-á de forma breve as três principais categorias de problemas que podem ser apresentados pelas crianças, a saber: externalizantes, internalizantes e dificuldades de atenção.

Os problemas externalizantes referem-se aos transtornos de conduta, incluindo comportamentos como agressão, propensão a discussões e brigas, desobediência, irritabilidade e ameaça. Em geral, as crianças que desenvolvem tais comportamentos estão expostas desde o início da vida a diversas situações de vulnerabilidade, como temperamento difícil, inteligência limitada e apego inseguro. A possibilidade dos problemas externalizantes tornarem-se um transtorno de conduta ou as crianças alcançarem um desenvolvimento adaptativo depende em grande parte do ambiente em que vivem, e principalmente da capacidade dos pais para manejarem o desafio inicial de controlar os filhos (Bee, 2003).

Os problemas internalizantes são aqueles relacionados a ansiedade e depressão, sendo mais prováveis de ocorrerem em filhos de pais depressivos, em comparação a filhos de pais não depressivos. A maior probabilidade dos filhos de pais com depressão apresentarem sintomas depressivos e/ou de ansiedade pode estar associada não apenas a fatores genéticos, mas também a mudanças e prejuízos que a depressão parental acarreta na interação com a criança e ao número de outros estressores presentes no contexto familiar. Os sintomas de depressão e ansiedade podem ter recorrência na adolescência e na fase adulta, e dependendo da duração tornarem-se clínicos (Bee, 2003).

Quanto à categoria dificuldades de atenção, essa abrange os déficits de atenção e a hiperatividade, que estão relacionados à inquietude física e aos problemas de atenção, podendo a criança apresentar dificuldades em evitar comportamentos impróprios ou desnecessários. As dificuldades de atenção desenvolvem-se precocemente e a gravidade em

longo prazo está relacionada à possibilidade da criança desenvolver também um transtorno de conduta. Tais dificuldades sofrem influência tanto de fatores genéticos, quanto de aspectos ambientais, visto que as crianças que as desenvolvem são mais difíceis de serem educadas, e seus pais, geralmente, não apresentam habilidades suficientes de manejo para lidar com elas (Bee, 2003).

O sucesso ou fracasso nas tarefas de desenvolvimento da média infância sofre influências das condições as quais as crianças são expostas. Dentre as condições de risco reconhecidamente com impacto para o indivíduo, a família e o desenvolvimento infantil inclui-se a depressão materna. Os aspectos clínicos do transtorno depressivo serão abordados no próximo tópico.

1.3 Aspectos clínicos da depressão

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009), a depressão é um transtorno mental que atinge cerca de 121 milhões de pessoas no mundo e será a segunda maior causa de anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade, em 2020. Tal transtorno tem impacto na qualidade de vida da população, podendo afetar inclusive a capacidade de um indivíduo de cuidar de suas responsabilidades diárias e de sua produtividade no trabalho. Os principais sintomas do transtorno depressivo são humor deprimido, perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, redução ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, energia reduzida ou fadiga e diminuição da capacidade para pensar ou se concentrar (American Psychiatric Association, 2014).

Em um estudo nacional, Andrade et al. (2012) avaliaram mais de 5000 adultos na área metropolitana de São Paulo, tendo verificado que os transtornos de ansiedade (19,6%) e os de humor (11%) são os mais prevalentes. Dentre os transtornos de humor, a depressão destacou-se como o mais frequente na população geral (9,4%) e apresentou associação com menores níveis econômicos e de escolaridade. Outro estudo com mais de 89 mil participantes adultos de 17 países, inclusive do Brasil, detectou que a prevalência da depressão variou de 5,5% nos países desenvolvidos a 5,9% nos países em desenvolvimento, sendo que a taxa de prevalência especificamente entre os brasileiros foi de 10,4%, com predominância na faixa etária dos 35 aos 49 anos (11,8%) (Kessler et al., 2010).

As mulheres têm se mostrado mais vulneráveis que os homens para desenvolver

transtorno depressivo (Andrade et al., 2012; Cunha, Bastos, & Duca, 2012) especialmente aquelas entre os 20 e os 59 anos (Máximo, 2010), faixa etária que inclui o período reprodutivo, favorecendo a presença de depressão em muitas mulheres/mães (Markowitz, 2008). Estima-se que em média a razão entre as taxas de prevalência de depressão em mulheres e homens tem variado de duas mulheres para cada homem (Andrade, Viana, & Silveira, 2006; Fleck et al., 2009).

Considerando-se a alta prevalência de depressão em mulheres que são mães, faz-se necessário estudar a influência da depressão materna para o desenvolvimento dos filhos. Diversos estudos têm verificado que os sintomas depressivos podem interferir negativamente no desempenho da função materna e na interação entre mães e filhos (Mendes et al., 2012; Pizeta, Silva, Cartafina, & Loureiro, 2013; Stein et al., 2012).

A depressão materna tem sido considerada uma condição de adversidade com impacto negativo para o desenvolvimento das crianças, potencializando dificuldades comportamentais e emocionais (Elgar, Waschbusch, Mcgrath, Stewart, & Curtis, 2004; Mian, Tango, Lopes, & Loureiro, 2009).

Ao longo do desenvolvimento infantil as crianças são expostas a inúmeras condições de risco e de adversidade. Dentre essas se inclui a depressão materna, como uma condição favorecedora de problemas na infância. No próximo tópico, abordar-se-á o impacto da depressão materna para o desenvolvimento infantil.

1.4 A depressão materna e influências para o desenvolvimento infantil

Apresentar-se-á a seguir alguns estudos empíricos que abordaram a influência da depressão materna para o desenvolvimento infantil.

O impacto negativo da depressão materna para o comportamento das crianças foi verificado por Garber e Little (1999) que relataram que as crianças quando da convivência com mães depressivas apresentaram mais sintomas internalizantes e externalizantes, maiores déficits de competência acadêmica e social e maiores índices de problemas psiquiátricos, quando comparadas a filhos de mulheres sem depressão.

Corroborando esse estudo, Jaser et al. (2008) verificaram que os filhos entre 11 e 14 anos de mães com história de depressão tiveram mais sintomas de problemas afetivos e de comportamento desafiante opositor, bem como níveis mais altos de autorrelato de reatividade

ao estresse, quando comparados aos filhos de mães sem história de depressão. Tais autores sugeriram ainda, que os efeitos negativos da depressão materna para os filhos podem ser persistentes, a menos que as mães estejam em tratamento ou que ocorra remissão completa dos sintomas. Rishel et al. (2006) apontaram uma associação direta e significativa entre a saúde mental da mãe e dos filhos, pois as mães com transtornos psiquiátricos referiram melhora na condição de saúde mental dos filhos à medida que experimentaram melhora da sua própria saúde mental.

O tratamento medicamentoso para mães deprimidas foi significativamente associado com a redução dos diagnósticos de transtornos psiquiátricos das crianças no estudo conduzido por Weissman et al. (2006) com 151 mães e crianças, acompanhadas dos sete aos 17 anos. Tais autores verificaram uma diminuição global de 11% nas taxas de diagnósticos para crianças filhas de mães com depressão após a remissão dos sintomas, enquanto que para os filhos das mães que permaneceram deprimidas (50%) detectaram um aumento nas taxas de transtornos.

A co-ocorrência de problemas externalizantes e internalizantes para crianças de dois a 12 anos de idade foi abordada por Fanti e Henrich (2010), que verificaram que esta estava relacionada à convivência com a depressão materna, a qual foi considerada um importante fator de risco ambiental ao desenvolvimento infantil. Identificaram também que tanto os fatores de risco individuais quanto os ambientais influenciaram o desenvolvimento dos problemas externalizantes das crianças, mas que o único fator de risco associado aos problemas internalizantes foi a depressão materna.

Em relação aos sintomas internalizantes, um estudo nacional realizado por Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) com objetivo de levantar os problemas mais frequentes apresentados por crianças de seis a 12 anos, identificou que a depressão materna foi associada significativamente à presença de mais problemas comportamentais internalizantes, mais especificamente aos sintomas de depressão e de ansiedade.

Outro estudo que abordou as influências da depressão materna para problemas internalizantes na infância foi realizado por Feng, Shaw e Silk (2008), com uma amostra de 290 meninos de famílias de baixa renda, acompanhados dos dois aos 10 anos de idade por meio de sete avaliações. Verificaram que meninos expostos à depressão e ao controle negativo materno no início da infância apresentaram trajetórias graves e crescentes de sintomas de ansiedade no meio da infância e, conseqüentemente, maiores dificuldades de ajustamento durante a pré-adolescência.

Quanto aos problemas externalizantes na infância, Foster, Garber e Durlak (2008) verificaram o impacto negativo da depressão materna para o comportamento de crianças entre 11 e 12 anos de idade, com a presença de problemas externalizantes, destacando a associação dos sintomas depressivos atuais das mães a mais problemas externalizantes das crianças. Detectaram também que a gravidade da depressão materna mostrou-se uma variável de risco associada a mais problemas externalizantes, principalmente a problemas de conduta.

As crianças expostas a depressão materna também podem apresentar dificuldades relativas à hiperatividade e desatenção, como verificado por Galéra et al. (2011) que avaliaram uma coorte de 2.057 crianças, constatando que a convivência com mães deprimidas aos cinco meses de idade configurou-se como um dos fatores de risco associados à presença de altos níveis de sintomas de hiperatividade, impulsividade e déficit de atenção por parte das crianças aos oito anos de idade.

Os déficits de competência acadêmica e social quando da convivência com mães deprimidas foi detectado em um estudo conduzido por Kersten-Alvarez et al. (2012), que comparou 29 crianças cujas mães tiveram depressão pós-parto com 113 crianças da comunidade. Os resultados mostraram que os filhos de mães com depressão pós-parto, na faixa etária de cinco anos, apresentaram menos capacidade de resiliência, menos competência social na relação com os pares e mais dificuldades de ajustamento ao ambiente escolar; e ainda que as meninas expostas à depressão pós-parto apresentaram menor inteligência verbal.

Em um estudo com 1.942 meninas, acompanhadas dos sete aos 12 anos de idade, Van der Molen, Hipwell, Vermeiren e Loeber (2011) identificaram que a depressão materna constituiu-se em uma variável de preditora do comportamento disruptivo das filhas, as quais apresentaram sintomas de comportamento antissocial e desafiador opositor.

Além das diversas possibilidades de desfechos negativos para as crianças que convivem com mães depressivas, a literatura aponta que a exposição à depressão materna tem impacto para o desenvolvimento dos filhos independentemente da idade em que foram expostos a sintomatologia materna. Os estudos apresentados a seguir mostraram o impacto negativo da exposição precoce à depressão materna para diferentes fases do desenvolvimento dos filhos.

As associações entre sintomas maternos graves de depressão e ansiedade no período pré-natal e posteriores problemas emocionais e comportamentais dos seus filhos entre os 10 e 11 anos de idade foram examinadas por Leis, Heron, Stuart e Mendelson (2014) em uma amostra de 2891 díades mãe-criança. Os problemas das crianças foram avaliados por meio do relato das mães e dos professores ao SDQ. Foi constatado que a exposição a sintomas

depressivos maternos graves durante a gestação apresentou associação com o aumento do total de dificuldades no SDQ de acordo com o relato dos professores. Entretanto, com base no relato das mães, verificou-se que a exposição a sintomas de ansiedade maternos graves durante a gravidez se associou ao aumento do total de dificuldades no SDQ. Apesar da divergência entre os relatos dos professores e das mães, o aumento do total de problemas comportamentais e emocionais das crianças foi detectado por ambos informantes, mesmo quando as variáveis relativas à saúde mental materna posterior e as características sociodemográficas e psicossociais foram controladas. A inconsistência entre os relatos de mães e professores foi apontada pelos autores como decorrente das diferenças dos contextos em que os comportamentos foram observados e a possível influência da saúde mental materna em seus relatos.

Segundo os achados do estudo de Bagner, Pettit, Lewinsohn e Seeley (2010), no qual 175 mães diagnosticadas com transtorno depressivo maior responderam ao Child Behavior Checklist (CBCL), a convivência com a depressão materna durante o primeiro ano de vida dos filhos aumentou os riscos destes apresentarem problemas de comportamento externalizantes e internalizantes até os 12 anos de idade. Dessa forma, o primeiro ano de vida da criança foi considerado como um período sensível à exposição à depressão materna, o que ressalta a importância da detecção, prevenção e intervenção precoce.

As influências da depressão materna nos primeiros anos de vida para os problemas de comportamento dos filhos, posteriormente, também foram abordadas por Shaw, Hyde e Brennan (2012), com uma coorte de meninos de baixa renda, tendo verificado que a exposição à depressão materna entre um ano e meio e dois anos de idade mostrou-se um importante fator de risco para a presença de comportamento antissocial quando os filhos estavam na faixa etária dos 10 aos 17 anos, bem como para a presença de indicadores de depressão, dos 15 aos 17 anos de idade.

Ao avaliar crianças com menos de dois anos de idade, Gravener et al. (2011) identificaram que aquelas filhas de mães com histórico de depressão, desde o seu nascimento, tiveram mais problemas internalizantes e externalizantes quando comparadas às crianças filhas de mães sem depressão. Além disso, observaram que a depressão materna relacionou-se ao padrão de apego, ou seja, apresentaram um apego desorganizado e inseguro, e os filhos de mães sem histórico de depressão apresentaram um apego seguro.

Nos estudos descritos acima, ficou evidente que a exposição precoce das crianças a depressão materna apresentou associação com problemas na infância e na adolescência, seja direta ou indiretamente por meio da associação do transtorno depressivo materno a outras

condições contextuais de risco. Entretanto, nos diferentes estudos destaca-se que não foram todas as crianças expostas à depressão materna que apresentaram problemas, sendo de interesse verificar que condições podem ter favorecido respostas adaptativas ou de resiliência frente a tal adversidade.

Alguns estudos tem ressaltado que os desfechos negativos não são exclusivos, enfatizando que os processos interacionais e os eventos familiares positivos podem favorecer as respostas adaptativas de indivíduos e de grupos frente às adversidades (Garber & Little, 1999; Goodman & Gotlib, 1999; Maia & Willians, 2005; Yunes, 2006). Nesse contexto se insere o estudo das variáveis contextuais que podem ser protetoras à saúde mental infantil, tal como apontado por Ferriolli et al. (2007) ao referirem o valor positivo para o comportamento infantil atribuído a uma rotina diária com horários definidos e a maior acesso em atividades para preencher o tempo livre.

Considerando a possível influência de fatores ambientais, abordar-se-á, nos próximos tópicos, de modo mais detalhado, as condições contextuais favorecedoras de risco ou proteção, quando da convivência com mães com depressão.

1.5 Depressão materna e condições contextuais

Múltiplas condições contextuais de risco e proteção coexistem no ambiente familiar de crianças que convivem com a depressão materna. Com base em uma revisão sistemática da literatura, Mendes, Loureiro e Crippa (2008) relataram que nos estudos analisados as condições familiares associadas à depressão materna, tais como a organização do ambiente, o nível socioeconômico e a rede de suporte social, foram identificadas como fatores de risco ou de proteção frente à depressão materna, dependendo de como se apresentaram. Segundo os estudos analisados pelos referidos autores, a discórdia familiar, o clima emocional hostil e conflituoso, os problemas ocupacionais, a instabilidade financeira e o baixo suporte social foram identificados como favorecedores de processos de desadaptação infantil. Por outro lado, condições de um ambiente familiar organizado, com horários regulares e espaços definidos para a realização das atividades cotidianas, configuraram-se como protetores da saúde mental infantil, em situações de risco.

Nos tópicos seguintes, abordar-se-á condições de risco e de proteção subjacentes ao contexto de convivência com a depressão materna, as quais podem influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento infantil.

1.5.1 Depressão materna, estressores e riscos

Com base em revisão da literatura, Mendes et al. (2008) analisaram 30 artigos empíricos e concluíram que as crianças que convivem com a depressão materna estão expostas não somente a depressão de suas mães, mas também a uma variedade de estressores associados às manifestações características desse transtorno.

Tendo por fonte de análise 68 artigos empíricos publicados entre 2005 e 2012, em um recente estudo de revisão, Pizeta et al. (2013) também verificaram que além da depressão materna outras variáveis contextuais demonstraram associação com as dificuldades das crianças. Ainda constataram que independentemente dos delineamentos adotados nos estudos, a depressão materna mostrou-se associada à presença de dificuldades emocionais e comportamentais em geral, de manifestações depressivas e de ansiedade.

Em um estudo de corte transversal, conduzido em uma comunidade urbana brasileira, a psicopatologia materna mostrou-se um importante fator de risco para problemas de saúde mental dos filhos, os quais convivem, em geral, com pelo menos mais um fator de risco além da psicopatologia materna (Sá, Bordin, Martin, & de Paula, 2010).

Quanto a convivência com *fatores de risco*, Lopez-Duran, Nusslock, George e Kovacs (2012) verificaram que crianças que convivem com pais depressivos, em comparação a crianças filhas de pais sem histórico psiquiátrico, são expostas a mais eventos de vida estressantes. Esses autores observaram ainda que os fatores de risco vivenciados pelas crianças podem estar associados tanto a variáveis pessoais e contextuais, quanto às características do transtorno depressivo de suas mães.

Com base em um estudo, que acompanhou díades mãe-filho, desde a entrada das crianças na pré-escola até o sexto ano do ensino fundamental, McCarty e McMahon (2003) identificaram que mães com sintomas depressivos graves apresentaram mais dificuldades no ambiente familiar, relatando menos satisfação com o suporte social e mais eventos de vida estressantes em suas famílias. Além disso, observaram após um ano de acompanhamento que

essas mães tinham pior relacionamento com seus filhos, os quais apresentaram mais transtornos de comportamento disruptivo.

Em relação ao impacto preditivo da depressão materna e da exposição da criança a fatores de risco, Barker, Copeland, Maughan, Jaffee e Uher (2012) realizaram um estudo longitudinal acompanhando crianças do primeiro ano de vida até os sete anos de idade. Constataram que, além dos efeitos debilitantes da sintomatologia da depressão materna, a exposição a fatores de riscos favoreceram a presença de psicopatologia por parte das crianças. Os resultados apontaram que as crianças filhas de mães com depressão clínica foram significativamente mais propensas a estarem expostas a 10 dos 11 fatores de risco avaliados (em relação a condições contextuais, familiares e do estilo de vida da mãe), quando comparadas às crianças filhas de mães não depressivas. Os filhos de mães depressivas foram expostos, em média, a 2,3 fatores de risco, enquanto crianças de mães sem depressão foram expostas a somente um fator de risco. Além disso, a depressão materna foi associada a um aumento da probabilidade dos filhos serem diagnosticados com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), transtorno de conduta, de ansiedade, depressivo, e desafiador opositivo.

O impacto do *risco cumulativo*, geralmente presente nos contextos de convivência com a depressão materna, pode aumentar a chance de resultados negativos para as crianças, incluindo o baixo desempenho escolar, as habilidades sociais precárias e os problemas de conduta (Nicholson & Clayfield, 2004). No estudo de revisão realizado por Halpern e Figueiras (2004), o efeito cumulativo de múltiplos fatores de risco foi apontado como uma condição de mais impacto que a presença de fatores isolados, considerando que as adversidades duradouras ou que se repetem com frequência são as mais prejudiciais ao desenvolvimento das crianças.

O risco contextual cumulativo também foi abordado por Lengua, Bush, Long, Kovacs e Trancik (2008), com uma amostra de 189 crianças de escolas públicas e suas cuidadoras principais, acompanhadas do terceiro ao quinto ano da escolarização formal. Verificaram que, no terceiro ano, mais capacidade de autocontrole da criança, menos risco materno (identificado como gravidez na adolescência, depressão, problemas legais e abuso de álcool e drogas) e menos risco ambiental (englobando qualidade do ambiente familiar e da vizinhança) foram preditores de menos problemas internalizantes, quando as crianças estavam cursando as duas séries seguintes. Identificaram que risco econômico (relativo à renda familiar e à escolaridade materna), no terceiro ano, foi preditor de mais problemas de comportamento internalizantes e externalizantes para as crianças, quando frequentavam o quarto e o quinto

ano. Além disso, constataram que a capacidade de autocontrole das crianças moderou os efeitos dos riscos contextuais, ou seja, as crianças com menos capacidade de autocontrole experienciaram mais efeitos adversos quanto aos riscos socioeconômicos, maternos e ambientais, e apresentaram mais problemas de ajustamento quando comparadas às crianças com mais capacidade de autocontrole.

Analisando-se as variáveis de risco abordadas em estudos recentes que focalizaram condições contextuais associadas à depressão materna, verificou-se também um certo destaque às condições relativas: ao perfil clínico das mães e ao baixo status econômico.

Em relação ao *perfil clínico das mães*, quando considerada a trajetória da depressão materna, relativa à intensidade e à duração das manifestações, alguns estudos verificaram que filhos de mães com trajetória grave e crônica em comparação aos de mães com trajetória moderada ou leve apresentaram significativamente mais comportamentos internalizantes e externalizantes.

A trajetória da depressão de 159 mães, ao longo dos primeiros sete anos de vida dos seus filhos, e a relação preditiva dessas trajetórias com medidas de desfecho das crianças para problemas emocionais e comportamentais foi examinada por Ashman, Dawson e Panagiotides (2008). Os resultados mostraram que os filhos de mães com depressão crônica tiveram níveis significativamente maiores de relato parental de problemas de comportamento externalizante-agressivo e externalizante-TDAH em comparação aos filhos de mães sem depressão ou com depressão leve estável. Além disso, foi detectada uma diferença de gênero, sendo mais frequentes os relatos de comportamentos externalizantes-agressivos para meninos e de comportamentos internalizantes para meninas. Verificou-se ainda que os filhos de mães sem depressão tiveram níveis significativamente maiores de relato parental de competência social em comparação as crianças filhas de mães depressivas.

Outro estudo que examinou as trajetórias de sintomas depressivos maternos foi o de Campbell, Matestic, Von Stauffenberg, Mohan e Kirchner (2007), do qual participaram 1261 famílias recrutadas de um estudo multicêntrico envolvendo 10 cidades dos Estados Unidos, sendo os dados coletados desde que as crianças tinham um mês até os sete anos de idade. Verificaram que as trajetórias da depressão materna influenciaram não só os desfechos das crianças, mas também a sensibilidade materna em relação aos seus filhos. A sensibilidade materna variou significativamente ao longo do tempo em três grupos de trajetórias da depressão (leve estável, gravidade instável e moderada tendendo a grave), mas manteve-se estável ao longo do tempo nos outros três grupos de trajetórias (moderada estável, grave com remissão e grave crônica), sendo que no grupo de trajetória grave crônica as mães

apresentaram o menor nível de sensibilidade. Quanto à influência para os desfechos comportamentais, mães dos grupos de trajetórias moderada estável e moderada tendendo a grave relataram níveis moderados de sintomas depressivos para os seus filhos, já mães do grupo grave com remissão e grave crônica relataram níveis elevados de sintomas depressivos para os seus filhos, bem como maiores níveis de sintomas externalizantes e internalizantes quando esses estavam na primeira série, em comparação as mães com trajetória leve estável. Ainda crianças filhas de mães com trajetória leve estável mostraram-se mais competentes socialmente na primeira série do que crianças de mães com trajetória grave crônica.

Além da influência das trajetórias da depressão materna para os comportamentos de 275 crianças até 12 anos de idade, Gross, Shaw, Burwell e Nagin (2009) examinaram a influência de características das crianças aos 18 meses de idade para tais trajetórias. Os autores verificaram que as crianças filhas de mães com trajetória grave crônica apresentaram escores significativamente mais altos de desobediência que crianças filhas de mães com trajetória leve, sendo que essa característica das crianças diferenciou consistentemente as trajetórias dos sintomas depressivos maternos, estando comportamentos de desobediência associados com níveis de maior gravidade da depressão materna.

No estudo de Gross et al. (2009), a renda familiar também se diferenciou significativamente entre as mães com trajetória leve e grave crônica, sendo identificado que todas as famílias expostas à trajetória grave crônica da depressão materna tiveram renda significativamente menor. Em relação aos problemas de comportamento, o autorrelato de delinquência aos 12 anos de idade por crianças filhas de mães com trajetória moderada tendendo a grave foi significativamente maior do que por filhos de mães com trajetória leve e moderada tendendo a leve. Além disso, os meninos filhos de mães com trajetória moderada tendendo a grave foram apontados pelos professores como apresentando significativamente mais problemas externalizantes em comparação aos meninos filhos de mães com trajetória leve e moderada tendendo a leve.

Em um estudo de coorte com uma amostra representativa da população australiana, de 4879 mães, conduzido por Giallo, Cooklin e Nicholson (2014), foi analisada a trajetória dos sintomas depressivos maternos o longo dos primeiros sete anos dos filhos, bem como os fatores de risco associados aos tipos de trajetórias identificadas.

Tais autores verificaram que cerca de sete a 11% das mães relataram sintomas depressivos graves nos quatro períodos de avaliação (quando as crianças estavam com três a 12 meses, dois a três anos, quatro a cinco anos, seis a sete anos de idade). Em relação à trajetória da depressão materna, os sintomas foram mais graves durante o primeiro ano após o

parto, posteriormente, diminuíram gradualmente ao longo do tempo. Além disso, identificaram duas classes de trajetórias distintas: 1) sintomas depressivos mínimos, na qual 84% das mães foram classificadas, por apresentarem nenhum ou poucos sintomas no primeiro ano pós-parto, que foram diminuindo ao longo do tempo; e 2) sintomas depressivos graves recorrentes, na qual 16% das mães foram classificadas, por apresentarem sintomas em nível somático no primeiro ano pós-parto, que persistiram com um ligeiro aumento ao longo do tempo. Para as mães do segundo grupo de trajetória, um amplo conjunto de fatores de risco apresentou associação com a recorrência e a gravidade dos sintomas, sendo eles: idade materna mais jovem, língua de origem não inglesa, não conclusão do ensino médio, histórico de depressão no passado, uso de antidepressivos durante a gravidez, filhos com problemas de desenvolvimento, baixa auto-eficácia parental, baixa qualidade do relacionamento conjugal e a presença de eventos de vida estressantes.

Outra variável abordada nos estudos quanto ao perfil clínico materno foi a presença de comorbidades, principalmente relativas a sintomas de ansiedade. A maioria dos estudos verificou que a exposição combinada a sintomas maternos de depressão e ansiedade apresentam maior impacto para o desenvolvimento das crianças.

A presença de condições de riscos no pré e no pós-parto, relacionados à família e à criança, com possível impacto para problemas de conduta com início precoce foi examinada por Barker e Maughan (2009), em um estudo de coorte, do qual participaram 7.218 mães e crianças, avaliadas desde o período pré-natal até 13 anos de idade. Os referidos autores verificaram que as trajetórias de desenvolvimento podem se diferenciar com base na duração e na intensidade dos riscos presentes na gestação e no pós-parto, sendo que as mães de crianças com problemas de conduta persistentes tinham sintomas significativamente mais graves de ansiedade e depressão quando comparadas às demais. Identificaram também que diversas variáveis: gravidez na adolescência, temperamento instável da criança, maior tempo de exposição à depressão materna e a comorbidades com transtornos de ansiedade, baixo suporte social para as mães, práticas parentais punitivas e violência doméstica/crueldade dos parceiros contra as mães configuraram-se como indicadores de risco, que favoreceram a presença de problemas de conduta persistentes da infância até a adolescência. Nesse estudo, temperamento instável da criança, ansiedade materna no pré-natal, pouco envolvimento afetivo da mãe com o filho, crueldade do parceiro com as mães quando as crianças tinham de dois a quatro anos de idade foram considerados preditores de problemas de conduta persistente para os meninos. Para as meninas, os preditores de problemas de conduta persistentes foram: práticas parentais rígidas, crueldade do parceiro com as mães desde o

nascimento até os dois anos de idade e baixo suporte prático para as mães também do nascimento aos dois anos de idade da criança.

No que se refere à associação entre a depressão materna e a presença de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, Karevold, Roysamb, Ystrom e Mathiesen (2009) verificaram que a comorbidade com indicadores de ansiedade mostrou-se relacionada a mais problemas internalizantes por parte dos filhos aos 12 e 13 anos. Tais autores buscaram identificar preditores exclusivos de sintomas de depressão e de ansiedade para as crianças, em uma amostra de 613 famílias. Observaram que quase todos os fatores de risco foram parcialmente mediados por meio da emotividade da criança aos quatro anos e meio de idade. Além disso, detectaram que todos os fatores de risco examinados (adversidade familiar, baixo suporte social, sintomas de depressão e de ansiedade maternos) apresentaram impacto direto e indireto antes dos cinco anos de idade das crianças. Ressaltaram que adversidade familiar foi preditora exclusivamente de sintomas depressivos das crianças e não foram identificados preditores exclusivos de ansiedade, estatisticamente significantes no período da infância a adolescência.

A relação entre depressão materna e comorbidade com transtornos de ansiedade também foi abordada por Boyd e Tervo-Clemmens (2013) em um estudo com 77 mães afro-americanas com depressão e seus filhos entre oito e 14 anos de idade, no qual verificaram que a gravidade da depressão materna apresentou correlação positiva tanto com o número e a diversidade de comorbidades com transtornos de ansiedade das mães, quanto com problemas internalizantes e externalizantes dos filhos. Os resultados mostraram que a presença de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Fobia Social foi significativamente associada a maior gravidade da depressão materna; e que os filhos de mães com depressão e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) apresentaram mais problemas internalizantes em comparação aos filhos de mãe depressivas sem TOC.

Em discordância com os estudos anteriores e com a própria hipótese levantada no estudo, Leis et al. (2014), com base em um estudo longitudinal com 2891 díades mãe-criança, verificaram que a exposição a sintomas depressivos e de ansiedade maternos graves, concomitantemente durante a gestação, não aumentou a probabilidade das crianças apresentarem problemas emocionais e comportamentais entre 10 e 11 anos de idade em comparação a crianças filhas de mães com somente um dos sintomas no pré-natal.

Esses estudos sobre comorbidades com a depressão materna, evidenciaram a importância de considerar os sintomas de ansiedade como outra variável de risco tanto para o agravamento da depressão das mães quanto dos problemas comportamentais das crianças.

Outra variável destacada nos estudos diz respeito ao *baixo status econômico*, sendo que essa condição contextual tem sido avaliada de diversos modos nos estudos, e ao apresentá-los procurar-se-á caracterizar a variável avaliada.

Em relação ao baixo status econômico dentro de categorias, Lengua et al. (2008) verificaram que o risco socioeconômico, definido por baixa renda familiar e baixa escolaridade materna, apresentou associação positiva e significativa com maiores níveis de problemas internalizantes e externalizantes para crianças no início da adolescência. Destacaram ainda que o risco socioeconômico apresentou maior efeito sobre os problemas de comportamento em comparação aos outros fatores contextuais de risco examinados tanto materno como ambientais.

Os efeitos da adversidade familiar, categoria que incluiu um conjunto de variáveis, inclusive o baixo status socioeconômico foi examinado por Karevold et al. (2009) que identificaram que a adversidade familiar constituiu-se em um preditor precoce de sintomas depressivos por parte das crianças entre 12 e 13 anos de idade.

A avaliação do baixo status econômico enquanto baixa renda familiar, apresentou efeitos tanto para os problemas comportamentais das crianças quanto para a sintomatologia materna. No estudo de Anhalt, Telzrow e Brown (2007), a baixa renda no período perinatal foi associada a maiores níveis de problemas de comportamento externalizante para crianças na primeira série do ensino fundamental. A baixa renda foi a única variável sociodemográfica que demonstrou associação com a depressão materna no estudo conduzido por Gerkenmeyer et al. (2011), tendo verificado que mães com menor renda familiar, cujos filhos com média idade de 10 anos que estavam em tratamento devido a problemas de saúde mental, relataram mais sintomas depressivos.

O baixo status econômico avaliado como pobreza extrema, também demonstrou associação não só com problemas de comportamento na infância, mas também com a depressão materna. Segundo Hart, Atkins e Matsuba (2008), crianças entre três e quatro anos de idade que moravam em vizinhanças pobres apresentaram mais problemas de comportamento entre cinco e seis anos de idade, bem como menor resiliência.

O aumento do tempo de exposição à pobreza reduziu a percepção de controle das mães sobre as próprias vidas, sendo que aquelas que passaram mais tempo de suas vidas em condições de pobreza relataram mais sintomas depressivos. Além disso, frente à exposição contínua a pobreza extrema, a presença de mais recursos parentais relativos à percepção de maior controle por parte das mães foi preditora de menos problemas de conduta, bem como de

menos sintomas depressivos e de ansiedade por parte dos filhos de 10 a 14 anos (Goosby, 2007).

A seguir, abordar-se-á a influência da depressão materna para as práticas parentais das mães, bem como a relação dessas com o desenvolvimento infantil.

1.5.2 Depressão materna e práticas parentais

O modelo mais influente sobre estilos de educação dos filhos foi proposto por Diana Baumrind em 1973, a qual elencou três tipos de estilos: (1) permissivo – envolve muito cuidado, mas baixas exigências de maturidade, controle e comunicação; (2) autoritário – envolve muito controle e exigências de maturidade, mas pouco cuidado e comunicação; e (3) competente – envolve níveis elevados de cuidado, exigências de maturidade, controle e comunicação. Em 1983, Eleanor Maccoby e John Martin ampliaram o modelo de Baumrind, incluindo o estilo negligente (níveis baixos de cuidado, exigências de maturidade, controle e comunicação). Tais estilos de educação tem impacto para o desenvolvimento dos filhos, podendo prejudicar ou favorecer a autoestima, o desempenho escolar, o comportamento e as habilidades sociais. Filhos de pais que adotam um estilo competente tem maior probabilidade de resultados positivos, já filhos de pais com estilo negligente têm possibilidade muito maior de resultados negativos, incluindo o comportamento delinquente (Bee, 2003).

No cenário nacional, destaca-se o modelo proposto por Gomide (2006) sobre estilo parental. De acordo com a referida autora, o estilo parental é definido como o conjunto de práticas parentais utilizadas para interagir com seus filhos, buscando promover a educação, a socialização e o controle do comportamento desses. Essas podem ser classificadas em positivas (relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais) ou em negativas (relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais), dependendo da frequência e da intensidade com que são utilizadas pelos pais.

Em relação às práticas parentais positivas, Gomide (2006) elencou duas categorias: 1) *monitoria positiva*, que se refere ao conhecimento dos pais sobre onde seu filho se encontra, suas atividades, gostos e preferências; e 2) *comportamento moral*, que envolve o ensino de valores aos filhos (por exemplo, honestidade, empatia e senso de justiça), auxiliando-os na discriminação do certo e do errado por meio de modelos positivos.

Já as práticas parentais negativas, segundo as proposições da referida autora abrangem cinco categorias, sendo elas: 1) *punição inconsistente*, que se refere à educação de acordo com o humor dos pais, não estando contingente ao comportamento da criança, o que torna confuso para os filhos a discriminação dos seus comportamentos; 2) *negligência*, que ocorre quando os pais são ausentes, ou seja, não demonstram interesse pela vida dos filhos, eximindo-se de suas responsabilidades e omitindo-se de ajudá-los; 3) *disciplina relaxada*, que se relaciona ao fato dos pais desrespeitarem ou esquecerem uma regra estabelecida por eles próprios; 4) *monitoria negativa ou supervisão estressante*, que consiste no estabelecimento excessivo de regras, as quais são repetidas diversas vezes e na supervisão constante da vida dos filhos; e 5) *abuso físico*, que se refere ao uso de práticas corporais lesivas para o controle do comportamento dos filhos, causando dor, ferimentos e/ou marcas no corpo.

As associações entre as crenças e atitudes educativas dos pais, o nível socioeconômico, e os problemas de saúde mental por parte dos pais e das crianças foram examinadas no estudo de Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman e Bordin (2005), com uma amostra de 454 escolares do interior do estado de São Paulo, de sete a 11 anos de idade, de ambos os sexos, no qual foi verificando que 35,2% das crianças apresentaram problemas de saúde mental em geral (nível clínico ou limítrofe na escala de total de dificuldades do SDQ), os quais foram associados a alguns fatores de risco, a saber: sexo masculino das crianças, atitudes educativas dos pais com uso de punição física, problemas de saúde mental dos pais ou cuidadores, e baixo nível socioeconômico. Os referidos autores identificaram também que as crenças dos pais interferiram na escolha das práticas educativas, sendo maior a chance de punirem fisicamente seus filhos, quando acreditavam que bater era uma prática adequada para educação das crianças.

Em um estudo de revisão da literatura brasileira sem restrição de data, Macarini, Martins, Minetto e Vieira (2010) analisaram 64 resumos de artigos nacionais tanto teóricos quanto empíricos, tendo verificado o uso de diferentes termos para nomear as relações estabelecidas pelos pais com o objetivo de cuidar, educar e promover o desenvolvimento de seus filhos, tais como: práticas educativas, estilos parentais, práticas parentais, práticas de cuidado e cuidados parentais. Identificaram que a maioria dos estudos usou o termo práticas educativas, o qual também foi identificado em estudos que descreviam as práticas de professores no contexto escolar, sendo esses excluídos da revisão. Os referidos autores detectaram que esse termo estava relacionado predominantemente às práticas dos pais de filhos adolescentes, sendo a adolescência a fase do desenvolvimento predominante abordada nos estudos analisados. Levantaram a hipótese do período da adolescência ser o mais

frequente entre os estudos nacionais não só pelo fato dos principais instrumentos brasileiros padronizados de avaliação de práticas educativas serem voltados para adolescentes, mas também devido a maior facilidade dos adolescentes em responder instrumentos sobre as práticas de seus pais. Ressaltaram que o termo práticas parentais foi usado principalmente quando a faixa etária dos filhos abarcava o período da infância. Os referidos autores assinalaram ainda uma escassez de estudos enfocando a influência de características particulares dos pais sobre suas práticas parentais.

Dentre as possíveis características dos pais que podem influenciar as práticas parentais está a apresentação de sintomas de depressão. Considera-se que alguns sintomas característicos do transtorno depressivo, tais como a falta de envolvimento emocional, o desamparo, a irritabilidade e a hostilidade, podem interferir de forma significativa na função parental (Duggal, Carlson, Sroufe, & Egeland, 2001), afetando negativamente tanto a saúde da mãe, quanto a saúde e o desenvolvimento do filho. Os comportamentos maternos decorrentes da depressão, como pouco envolvimento e disponibilidade (Leiferman, 2002) e as interações negativas entre mãe e filho, presentes nas famílias que convivem com a depressão (Hammen, 2003), favorecem um círculo vicioso de risco para a saúde mental materna e infantil.

Comparações entre mães com e sem transtorno depressivo revelaram que as primeiras são mais propensas a apresentarem elevados índices de negatividade em seus contatos interpessoais, com controle coercitivo, inconsistência e incompreensão, bem como tendem a mostrarem-se menos envolvidas no relacionamento com seus filhos e a verbalizarem mais afirmações críticas e negativas, emitindo menos afirmações de suporte (Goodman & Gotlib, 1999).

Os filhos de mães depressivas podem apresentar um autoconceito mais negativo em relação ao próprio comportamento, dado que a percepção que a criança tem de si passa, primeiramente, pela aprovação dos pais e do ambiente no qual ela se desenvolve, podendo ocorrer uma influência recíproca entre as percepções de pais e filhos (Mian et al., 2009).

Segundo Leiferman (2002), a depressão pode apresentar impacto direto ou indireto para o bem-estar dos filhos, posto que interfere no envolvimento da mãe com os cuidados cotidianos em relação aos seus filhos. O transtorno depressivo materno favorece que a mãe se afaste da rotina familiar, acarretando a falta de suporte adequado e afeto suficiente para o desenvolvimento satisfatório das crianças (Mian et al., 2009). Shannon, Beauchaine, Brenner, Neuhaus e Kopp (2007) também ressaltaram que as mães com depressão demonstram

difficuldade de prover atenção, carinho e afeto aos filhos, o que aumenta a probabilidade das crianças apresentarem problemas emocionais, comportamentais e interpessoais.

A seguir, serão apresentados estudos empíricos que abordaram as influências das práticas parentais de mães com depressão para o desenvolvimento infantil, enfocando as ações e a sensibilidade na interação com a criança.

No cenário nacional, Bordin et al. (2009) detectaram que a depressão materna, assim como a ansiedade materna e a punição física severa dirigida às crianças, constituíram-se em poderosos fatores de risco preditores de problemas emocionais para crianças e adolescentes de seis a 17 anos, com efeitos nocivos para o relacionamento mãe-filho.

A identificação de possíveis variáveis do comportamento dos pais que modulem a relação entre os sintomas de depressão parental e os problemas de ajustamento dos filhos foi objetivo do estudo realizado por Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch e Brownridge (2007), no qual foi verificado que os sintomas depressivos foram preditores da redução de cuidados e de pouco monitoramento das atividades das crianças, bem como, do aumento da rejeição por parte dos pais. Os referidos autores detectaram que essas características acentuaram o impacto da psicopatologia parental para o funcionamento infantil.

Em um estudo com uma amostra de gêmeos, de ambos os gêneros, Lau, Rijdsdijknal, Gregory, McGuffin e Eley (2007) identificaram que os pares de gêmeos que aos sete anos de idade apresentavam menos locus de controle negativo e estavam expostos a menos disciplina materna punitiva apresentaram menos sintomas depressivos aos oito anos de idade, mostrando o valor preditivo de tais indicadores.

Os baixos níveis de cuidados e os comportamentos punitivos maternos no relacionamento mãe-filho, em interação com a depressão materna, tiveram um efeito significativo para a presença de problemas externalizantes por parte das crianças entre nove e 11 anos de idade (Piché, Bergeron, Cyr, & Berthiaume, 2011).

Tendo por base uma amostra randomizada de 345 crianças e adolescentes de seis a 13 anos de idade, de uma comunidade brasileira considerada de baixa renda, Fatori, Bordin, Curto e de Paula (2013) verificaram que o agravamento da punição física severa contra criança e da depressão/ansiedade materna constituíram-se em fatores de risco para problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, acompanhados ao longo de um período de cinco anos. Esse estudo não identificou associação entre fatores de proteção e não agravamento dos problemas de saúde mental, o que de acordo com os autores pode estar relacionado ao agravamento da punição física grave contra criança ao longo do tempo, intensificando os efeitos deletérios da violência crônica.

A influência recíproca entre práticas parentais maternas e problemas de comportamento foi detectada por Hipwell et al. (2008), que realizaram um estudo com uma amostra de 2451 mães e filhas, tendo verificado que pouco afeto materno e excesso de punição foram preditores do aumento de problemas de conduta e depressão em meninas de sete e 12 anos de idade e vice-versa, ou seja, os problemas de conduta e a depressão das jovens também foram preditores de interações com menos afeto e do aumento do uso de práticas punitivas pelas mães.

As práticas parentais inadequadas, envolvendo pouco afeto materno e punição física, bem como a monoparentalidade foram consideradas como variáveis de risco associadas a múltiplos problemas de saúde mental de meninas de sete a 11 anos no estudo realizado por Loeber, Hipwell, Bastista, Sembower e Stouthamer-Loeber (2009). Tais autores verificaram ainda, que filhas de mães com múltiplos problemas de saúde mental, comparadas às filhas de mães com menos ou nenhum problema, apresentaram maior probabilidade de terem múltiplos problemas de saúde mental na segunda infância.

Ao examinar fatores de risco para problemas de conduta e sintomas depressivos de uma coorte de 544 crianças de 10 a 12 anos de idade cujas mães apresentavam depressão, Drabick, Beauchaine, Gadow, Carlson e Bromet (2006) identificaram que a punição física excessiva demonstrou associação positiva com sintomas depressivos para meninas e problemas de conduta para meninos.

De acordo com o estudo de Callender, Olson, Choe e Sameroff (2012), a presença de mais sintomas depressivos de mães e pais está relacionada a mais avaliações negativas de ambos os pais em relação ao comportamento de seus filhos. Os resultados mostraram uma associação entre mais avaliações negativas quanto ao comportamento dos filhos e maior frequência do uso de punição física por parte dos pais, sendo que esta foi preditora de mais problemas externalizantes para as crianças aos cinco anos de idade.

A maior gravidade da depressão materna e os padrões de apego de controle (do tipo punitivo ou de cuidado) no período pré-escolar foram preditores de problemas internalizantes e externalizantes para as crianças aos oito anos de idade no estudo conduzido por Dubois-Comtois, Moss, Cyr e Pascuzzo (2013). Esses autores constataram que a qualidade da interação mãe-criança apresentou um papel moderador da associação entre depressão materna e desenvolvimento de problemas comportamentais na infância.

No estudo realizado por Errázuriz, Harvey e Thakar (2012) foi verificado que os sintomas depressivos maternos aos três anos de idade dos filhos apresentaram associação positiva com práticas parentais de disciplina rígida e disciplina inconsistente, e associação

negativa com práticas afetivas quando as crianças estavam com seis anos de idade. Foi identificado também que a disciplina inconsistente associou-se negativamente a práticas afetivas e positivamente a disciplina rígida.

Em um estudo longitudinal, com 1364 crianças recrutadas em 24 hospitais de 10 cidades norte americanas, Wang, Christ, Milss-Koonce, Garrett-Peters e Cox (2013), examinaram as associações e os efeitos recíprocos entre sensibilidade materna e comportamentos externalizantes das crianças da pré-escola a pré-adolescência (quatro a 12 anos) por meio do relato de mães, pais e professores. Verificaram que menor escolaridade materna e maior uso de controle rígido pelas mães quando os filhos tinham três anos de idade foi associado com menor sensibilidade materna nessa mesma idade. Além disso, filhos de mães com mais sintomas depressivos e mais rigidez apresentaram mais problemas externalizantes aos quatro anos de idade. Altos níveis de rigidez materna também foram associados a um maior aumento dos comportamentos externalizantes entre quatro e 12 anos. Não foi detectado um efeito recíproco entre sensibilidade materna e problemas externalizantes, mais sim unidirecional, sendo que o decréscimo em problemas externalizantes aos quatro anos foi associado ao aumento da sensibilidade materna na interação com as crianças.

A sensibilidade materna na interação com os filhos, definida como expressão de respeito positivo, baixa intrusividade, maior presença suportiva, mais respeito à autonomia e baixa hostilidade, também foi examinada no estudo de Campbell et al. (2007) por meio do autorrelato e da observação comportamental, periodicamente, ao longo dos sete anos de vida das crianças. Verificaram que mães com trajetória da depressão grave crônica apresentaram níveis mais baixos de sensibilidade na interação com os filhos, tendo também relatado mais comportamentos externalizantes e internalizantes, e menor competência social por parte das suas crianças aos sete anos de idade.

As práticas parentais adotadas por mães deprimidas também foram associadas à obesidade infantil. Topham et al. (2010) verificaram que a depressão materna foi considerada uma variável moderadora da associação entre o estilo parental permissivo e a obesidade em crianças com idade média de 6,9 anos, sendo que, o estilo parental permissivo foi preditor de obesidade em filhos de mães com depressão.

Analisando-se os estudos referidos constata-se uma ênfase nas práticas parentais negativas, as quais acentuaram o impacto negativo da depressão materna para o desenvolvimento dos filhos. Considera-se que as práticas parentais podem tanto agravar quanto amenizar os efeitos da depressão materna para os problemas comportamentais na

infância. Nesse sentido, alguns estudos examinaram os efeitos das práticas parentais positivas para o desenvolvimento de crianças que convivem com mães com depressão, os quais serão descritos a seguir.

No estudo de McCarty e McMahon (2003) foi verificado que a qualidade da comunicação e do relacionamento mãe-criança mediou a relação entre os sintomas depressivos maternos e a presença de manifestações comportamentais internalizantes e externalizantes de seus filhos.

Na convivência com a depressão materna, Murray et al. (2006) verificaram que características parentais de suporte afetivo, cuidados regulares com oferecimento de regras, de forma não coercitiva com incentivo à autonomia na resolução de problemas escolares favoreceram a competência das crianças aos oito anos de idade, em tarefas escolares.

Em outro estudo, Foster, Garber et al. (2008) identificaram que o comportamento positivo materno na interação com os filhos, o qual foi mensurado durante tarefas de resolução de problemas, por meio da observação da frequência de sorrisos e risos, orientações construtivas, elogios e declarações positivas e da demonstração calorosa de afeto positivo e envolvimento, atuou como uma variável mediadora do impacto da gravidade da depressão materna para os problemas externalizantes dos filhos com idade média de 11 anos.

A parentalidade materna positiva, definida como afeto e suporte entre mãe e filho, acompanhamento das atividades e dos relacionamentos do adolescente, apresentou correlação com níveis mais baixos de problemas de comportamento externalizantes e internalizantes por parte dos jovens entre 11 e 16 anos de idade, tanto no relato das mães quanto dos próprios adolescentes (Parent, Jones, Forehand, Cuellar & Shoulberg, 2013).

Um efeito significativo da interação entre práticas parentais positivas e habilidades sociais de crianças com depressão infantil foi detectado por Boyd e Waanders (2013) em um estudo com 77 mães afro-americanas, de baixa renda, com diagnóstico de transtorno depressivo e seus filhos na faixa etária de oito a 14 anos. Tais autores sugeriram que esses indicadores podem constituir-se em fatores de proteção para os sintomas depressivos de crianças que convivem com mães deprimidas. Entretanto, as habilidades sociais dos filhos apresentaram correlação negativa com sintomas de depressão dos mesmos, somente quando esses foram expostos a práticas parentais negativas. Foi identificado também que as práticas parentais positivas apresentaram correlação positiva com as habilidades sociais das crianças.

Quanto a relação entre os sintomas depressivos e as práticas parentais maternas, Foster, Webster et al. (2008) realizaram um estudo longitudinal com uma amostra clínica, no qual verificaram que a remissão dos sintomas depressivos maternos, após três meses de

tratamento farmacológico, apresentou uma associação forte com a melhora da aceitação materna e dos relacionamentos mãe-filho e familiar. Detectaram, ainda, que mais aceitação materna apresentou associação significativa com menos sintomas internalizantes dos filhos, dos sete a 17 anos de idade.

Tendo por referência o seguimento de 1364 crianças desde os dois anos até os 11 anos de idade, avaliando as influências da depressão materna no período pós-parto para trajetórias de problemas de comportamento internalizante dos filhos, Sterba, Prinstein e Cox (2007) constataram que a ausência de negatividade materna foi preditora de menos problemas internalizantes para as meninas.

Em um estudo com uma amostra exclusivamente de meninos ($n = 259$), Criss, Shaw, Moilanen, Hitchingse e Ingoldsby (2009) identificaram que a presença de parentalidade suportiva associou-se significativamente a maior aceitação pelo grupo de pares no meio da infância, e a baixos níveis de comportamento antissocial e a mais habilidades sociais no início da adolescência.

Analisando-se os estudos que identificaram a influência das práticas parentais positivas, evidencia-se uma interface entre tais práticas e o suporte social, seja para as crianças enquanto cuidados recebidos ou para suas mães, enquanto uma condição de suporte que favorece o desenvolvimento infantil. No próximo tópico, serão abordados estudos empíricos que trataram das influências do suporte social para famílias cujas mães apresentam depressão.

1.5.3 Depressão materna e suporte social

O suporte social foi definido por Gottlieb (1983) como “informação verbal e não-verbal ou conselho, ajuda tangível, ou ação que é oferecida por pessoas íntimas ou inferida pela sua presença e tem efeitos emocionais ou comportamentais benéficos sobre os receptores” (p. 28). De acordo com essa perspectiva, o suporte social abrange múltiplas dimensões, incluindo: ajuda instrumental, emocional, informacional e tangível; interação social positiva; afeto e estima. Além disso, apresenta característica transacional que envolve a natureza dos estressores e os atributos pessoais.

Para Antunes e Fontaine (2005), o suporte social também se refere ao suporte emocional ou prático oferecido pelos familiares e/ou amigos na forma de afeto, assistência e

informação. Em relação aos aspectos conceituais relativos ao termo suporte social, Mota, Franco e Motta (1999) sugeriram que este consiste em um processo, no qual a rede de suporte exerce papel de extrema importância em relação à comunicação e ao envolvimento emocional nas interações.

Outros autores consideram que a rede de apoio social é composta tanto pelos recursos humanos quanto pelos recursos estruturais disponíveis para os indivíduos que enfrentam adversidades, envolvendo todas as relações do indivíduo, a saber: familiares; de amizades; de trabalho ou escolares; comunitárias; com entidades institucionais como unidades de saúde e organizações não-governamentais (ONGs); e com entidades assistenciais da sociedade civil como creches, centros de juventude, espaços de esporte e lazer, e abrigos (Lavall, Olschowsky, & Kantorski, 2009; Noronha, Cardoso, Moraes, & Centa, 2009). Segundo Dimenstein et al. (2005), o suporte desempenhado por instituições pode ainda ser diferenciado do suporte advindo das relações sociais mantidas pelo indivíduo, sendo essas últimas por definição, consideradas como redes sociais informais.

Tendo por base a análise de 27 artigos empíricos publicados no período de 2007 a 2014, Silva e Loureiro (2014) verificaram a ausência de uma definição unívoca de suporte social, além de uma ampla diversidade de instrumentos e procedimentos para a avaliação do suporte social, bem como uma variedade de condições foram referidas como fonte provedora de suporte sem especificar se este era percebido ou de fato recebido. Os referidos autores também ressaltaram que diferentes condições de suporte social atenuaram os problemas comportamentais e o risco de psicopatologia para crianças expostas a depressão materna.

Frente a situações de adversidade, as redes de suporte social oferecem importantes condições ambientais, econômicas, psicológicas e familiares que favorecem os processos de enfrentamento. Os benefícios físicos e psicológicos do apoio social têm sido ressaltados como elementos que favorecem o ajustamento de indivíduos a situações potencialmente estressoras (Pesce et al., 2004) e que contribuem para a capacidade das famílias resistirem ao comportamento de risco (Santana, Doninelli, Frosi, & Koller, 2004).

O apoio social para mães com depressão e os cuidados parentais incluindo atenção e afeto podem auxiliar na redução da hostilidade e da rejeição nas interações mãe-criança, atenuando assim, condições de risco que contribuem para que os seus filhos desenvolvam problemas internalizantes e externalizantes (Elgar et al., 2007).

Para famílias cujas mães estavam em tratamento para depressão, Talati et al. (2007) verificaram o valor de proteção da presença dos pais, tendo por referência as respostas das mães ao tratamento após três meses e a diminuição dos sintomas depressivos das crianças.

Constataram que o suporte fornecido pelo cônjuge moderou a gravidade da sintomatologia da depressão materna e atenuou o impacto dessa condição para as crianças.

O envolvimento paterno como um fator de proteção para as crianças também foi abordado por Chang, Halpern e Kaufman (2007) ao examinarem o efeito dos sintomas depressivos maternos na trajetória de problemas comportamentais externalizantes e internalizantes de crianças de quatro a 14 anos, verificando que o envolvimento positivo do pai moderou o efeito da depressão materna para os problemas comportamentais dos filhos.

Em um estudo com 168 mães de baixa renda com transtornos psiquiátricos graves (Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar e Esquizofrenia) e seus filhos, acompanhados durante um período de cinco anos, Allen-Meares, Blazevski, Bybee e Oyserman (2010) constataram que maior envolvimento paterno foi preditor de menos comportamentos internalizantes e menor prejuízo acadêmico para os jovens, bem como mais habilidades sociais dos filhos, foram preditoras de menos comportamentos de risco.

O suporte oferecido por parentes e amigos próximos, bem como a presença de figuras significativas para a criança, também foi identificado como relevante no contexto de convivência com a depressão materna, contribuindo para enfrentamento das situações de risco e, conseqüentemente, para os processos de adaptação infantil (Feldman & Masalha, 2007; Garber & Little, 1999). Dimenstein et al. (2005) ressaltaram que o contato afetivo com parentes e inter-relações comunitárias assumem um papel essencial no desenvolvimento infantil, posto que a ampliação dos relacionamentos sociais em diversas áreas (família, comunidade, grupos de jovens, grupos religiosos) são fundamentais para solidificar o desenvolvimento infantil saudável.

A rede comunitária de suporte como serviços institucionais da comunidade que oferecem atendimento em diversos domínios foi abordada em um estudo de revisão realizado por Halpern e Figueiras (2004), que verificaram os efeitos positivos para a relação mãe-criança quando a família fazia uso desses serviços da comunidade.

Em dois estudos transversais, com díades de uma mesma amostra clínica de conveniência, cujas crianças estavam em tratamento devido a problemas de comportamento, a presença de suporte social intangível (demonstração de interesse e estima) e de ajuda de alguém em casa nos cuidados com o filho que tinha problemas comportamentais apresentou associação significativa com menos sintomas depressivos parentais (Gerkenmeyer, Perkins, Scott, & Wu, 2008). No outro estudo, os autores verificaram que as mães com sintomas depressivos graves referiram dispor de menos suporte social intangível e estar menos satisfeitas com o suporte familiar (Gerkenmeyer et al., 2011).

As busca das mães por suporte dos próprios filhos foi examinada em um estudo realizado por Mickelson e Demmings (2009), com mães de baixa renda, que relataram ter vivenciado elevados níveis de estresse social agudo nos últimos 12 meses antes da avaliação, e que apresentavam níveis de depressão grave e ansiedade moderada. Verificaram que essas mães, por temerem ser rejeitadas por sua rede social, buscavam suporte em seus filhos, com idades entre um e 16 anos. Tais autores detectaram também associação significativa entre mais suporte social e menos sintomas depressivos para os filhos, e entre mais suporte social para as mães e menor evidência de dependência do suporte social que lhes era oferecido por seus próprios filhos. Ainda, esses filhos que tinham mães com mais suporte social apresentaram mais indicadores de bem-estar.

Em relação às influências do suporte social para crianças expostas a depressão materna desde o nascimento, dois estudos longitudinais utilizaram amostras de estudos multicêntricos realizados nos Estados Unidos, que recrutaram mães em hospitais logo após o parto. Um desses estudos identificou que a percepção de mais suporte social pelas mães com sintomas depressivos, quando os filhos tinham um mês de vida, associou-se significativamente a menos problemas de comportamento externalizante no início da escolarização formal, verificando também que menores níveis de depressão materna e estresse parental apresentaram associação significativa com menos problemas de comportamento internalizante (Anhalt et al., 2007). O outro estudo avaliou a trajetória dos sintomas depressivos maternos ao longo dos sete anos de vida das crianças, tendo detectado que mães com trajetória grave e crônica da depressão apresentaram menor probabilidade de estabilidade conjugal, ou seja, de contar com suporte do cônjuge, bem como relataram mais comportamentos externalizantes e internalizantes para seus filhos aos sete anos de idade (Campbell et al., 2007).

As influências do suporte social para crianças expostas precocemente a depressão materna também foram examinadas por Barker et al. (2012) em um estudo com uma amostra epidemiológica, que acompanhou 7429 díades mãe-filho desde o início da gestação. Tais autores constataram que os filhos de mães com depressão, em comparação aos filhos de mães sem depressão, até dois anos de idade, foram expostos a mais fatores de risco, dentre os quais o baixo suporte emocional e prático da rede social, tendo também apresentado maior probabilidade de problemas externalizantes e internalizantes aos sete anos e meio de idade.

O apoio social para famílias de crianças com e sem dificuldades de socialização que conviviam com a depressão materna foi examinado em um estudo transversal brasileiro por Zanca, Pizeta, Osório e Loureiro (2013), tendo por fonte uma amostra de conveniência de 40 díades mãe-criança, sendo todas as mães diagnosticadas com transtorno depressivo recorrente

e as crianças, de ambos os sexos, em idade escolar. Os resultados não mostraram diferenças significativas no relato das mães de crianças com e sem dificuldades de socialização em relação aos recursos comunitários. Entretanto, as mães de crianças sem dificuldades de socialização relataram contar com maior apoio das relações sociais, pedindo, em geral, auxílio dos pais em circunstâncias relacionadas à criança. Já as mães de crianças com dificuldades de socialização afirmaram não pedir ajuda a ninguém, em situações relacionadas aos seus filhos. Para esse grupo, menos apoio das relações sociais associou-se a mais indicadores de dificuldades de comportamento das crianças e a presença de mais eventos adversos no contexto familiar. Os referidos autores destacaram a relevância das relações familiares e comunitárias como fator de proteção para crianças que convivem com a depressão materna.

Um modelo correlacional entre identidade coparental (pais, avós, tias e amigos da família), qualidade do relacionamento coparental (suporte instrumental recebido e conflitos com dois adultos atualmente mais envolvidos na criação diária dos filhos) e problemas externalizantes e internalizantes na juventude foi testado por Parent et al. (2013) com uma amostra de 159 famílias afro-americanas, cujas mães eram solteiras e seus filhos tinham de 11 a 16 anos de idade. Em relação à identidade coparental, ao contrário da hipótese central do estudo, os coparentes que residiam na mesma casa que o adolescente e a mãe forneceram menos suporte instrumental, em comparação aos coparentes que não moravam junto com a díade. Além disso, avós, tias e amigas da família forneceram significativamente mais suporte instrumental que os pais das crianças, sendo que este apresentou correlação negativa com problemas internalizantes dos filhos, segundo o relato das mães. Quanto a qualidade da coparentalidade, foi identificada uma correlação negativa com os problemas externalizantes e internalizantes pelos jovens.

No estudo de Boyd e Tervo-Clemmens (2013), também realizado com uma amostra de mães afro-americanas, a gravidade da depressão materna apresentou correlação negativa com o suporte de parentes relatado pelas mães, bem como com o número de comorbidade com transtornos de ansiedade. Esses autores destacaram que as mães depressivas com TEPT relataram dispor de menos suporte social advindo dos membros da família extensa.

O suporte de parentes para mães afro-americanas, com diagnóstico de transtorno depressivo, também foi abordado no estudo de Boyd e Waanders (2013), sendo detectado uma correlação negativa com os sintomas depressivos maternos. Entretanto, ao contrário da hipótese do estudo, o suporte de parentes não apresentou correlação significativa com a depressão infantil, nem mesmo por meio da interação com as práticas parentais.

Em relação aos problemas de comportamento externalizantes e internalizantes, o estudo de Ashman et al. (2008), com uma amostra da comunidade, examinou o curso longitudinal da depressão materna dos 14 aos 78 meses de vida dos filhos, verificando que menos risco contextual familiar (avaliado por meio de experiências de vida, ajustamento da díade, estresse parental, ambiente familiar e suporte social) foi preditor de menos problemas de comportamento externalizantes para meninos e de comportamento internalizantes para meninas.

Quanto aos problemas de conduta, Barker e Maughan (2009) usaram dados de um grande estudo de coorte (n = 7218), com seguimento do período pré-natal até 13 anos de idade das crianças, objetivando detectar se riscos pré e pós-natais eram preditores da persistência de problemas de conduta, com início na infância até a adolescência. Tais autores constataram que menos eventos estressores para as mães de meninos e mais suporte prático (referente a ações concretas de ajuda oferecida por familiares ou membros da comunidade) para as mães de meninas, desde o nascimento até quatro anos de idade das crianças, foram preditores de menos problemas de conduta persistentes, dos quatro aos 13 anos.

Os problemas de conduta também foram foco do estudo de Hart et al. (2008), no qual famílias de diferentes etnias foram seguidas desde os três/quatro anos até os nove/10 anos de idade das crianças, sendo detectado que maior escolaridade materna e mais suporte familiar foram preditores de menos perfis instáveis de personalidade dos cinco aos seis anos de idade, e vizinhança menos pobre foi preditora de menos problemas de conduta entre nove e 10 anos de idade.

No que se refere aos problemas internalizantes, Heberle, Krill, Briggs-Gowan e Carter (2014), utilizando uma amostra de 1161 díades mãe-criança, proveniente de um estudo de coorte com uma ampla diversidade sociodemográfica, verificaram que mais suporte social informal foi preditor de menos problemas de saúde mental dos pais, de menor frequência de práticas parentais pouco adequadas e de menos problemas de comportamento internalizantes das crianças. Tais autores identificaram que a presença de suporte social no início da infância moderou a associação entre saúde mental dos pais e práticas parentais pouco adequadas, bem como a associação entre práticas parentais pouco adequadas e sintomas de depressão e timidez das crianças aos seis anos de idade.

Destaca-se que o estudo de Brown, Barbarin e Scott (2013), com uma amostra de 1624 meninos negros, recrutada de um estudo de coorte finlandês, não detectou um possível efeito moderador do suporte familiar para problemas internalizantes desses meninos quando estavam na quinta série do ensino fundamental. Tais autores argumentaram que isso pode ter

ocorrido devido à maioria da amostra ter apresentado baixos níveis de problemas internalizantes, acrescentando ainda, que elevados níveis de habilidade cognitivas no jardim de infância foram preditoras de níveis iniciais mais baixos de problemas de internalizantes.

Em relação à psicopatologia, Karevold et al. (2009) realizaram um estudo com famílias norueguesas, tendo a maioria condições econômicas privilegiadas, objetivando identificar preditores precoces de sintomas de ansiedade e depressão e seus percursos, desde os 18 meses de idade até os 12/13 anos das crianças. Os referidos autores verificaram que menos adversidade familiar foi preditora de menos sintomas depressivos para meninos e meninas. Além disso, constataram que mais suporte social para as mães, relativo a apoio recebido do companheiro, dos familiares próximos e/ou dos amigos, foi preditor de menos problemas internalizantes para meninas consideradas tímidas.

A presença de desfechos de psicopatologia na infância foi abordada também em um estudo realizado com uma amostra, exclusivamente, de meninos de baixa renda, o qual identificou que mais suporte parental no início da infância foi preditor de menos comportamento antissocial para meninos de 11 a 12 anos, morando em vizinhança de risco (Criss et al., 2009).

Analisando-se os estudos referidos verifica-se uma diversidade de caracterização das condições de suporte social, possivelmente refletindo peculiaridades das amostras estudadas, contudo, demonstrando a relevância de tais condições para o contexto de convivência com a depressão materna por parte de crianças e jovens.

1.6 Contextualizando o estudo

Tendo por pressuposto que diversas condições contextuais estão presentes no ambiente familiar de convivência com a depressão materna e que essas podem se configurar em risco ou proteção frente à psicopatologia materna, considera-se que o estudo sobre tais condições pode ampliar a compreensão sobre o impacto da depressão materna para o desenvolvimento infantil.

As condições familiares relacionadas à depressão materna foram amplamente analisadas por Goodman et al. (2011) em uma recente metanálise, cujo objetivo foi a identificação das características de crianças e famílias que convivem com a depressão materna que poderiam caracterizar grupos de alto risco. Os autores verificaram consistência nos dados

dos estudos empíricos analisados ($n = 193$), quanto ao papel relevante das variáveis contextuais, tais como, pobreza, cuidados monoparentais e pertencer a minorias étnicas; e das variáveis das crianças, a saber, ser mais jovem e do sexo feminino. Ao analisarem os achados dos estudos concluíram que tais variáveis tem impacto negativo para os desfechos de crianças que convivem com a depressão materna, tendo constatado também a associação significativa entre depressão materna e altos níveis de problemas internalizantes e externalizantes para as crianças.

A referida metanálise assinalou que, apesar do amplo reconhecimento do impacto negativo da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil, dois pontos requerem atenção, a saber: a) poucos estudos têm abordado de forma combinada as variáveis contextuais, como condições associadas que influenciam nos desfechos para o desenvolvimento infantil; e b) a maioria dos estudos revelou que nenhuma condição isolada associada à depressão materna parece explicar os desfechos observados, destacando assim, que múltiplas condições coexistem no ambiente familiar de convivência com a depressão materna, sugerindo a relevância da identificação de tais variáveis.

Com sentido semelhante, em recente editorial à revista *Psychological Medicine*, Psychogiou e Parry (2014) destacaram que apesar do conhecimento de que a depressão parental apresenta uma influência negativa sobre o relacionamento pais-filhos, os mecanismos subjacentes ainda são desconhecidos, sendo necessários novos estudos que examinem a associação entre parentalidade e as possibilidades de interações. Sugeriram que a baixa regulação emocional, frequente em indivíduos com depressão, pode apresentar implicações para as práticas parentais, posto que os pais depressivos com dificuldade para regular suas emoções tendem a ser instáveis e imprevisíveis, estando emocionalmente indisponíveis para seus filhos. Os referidos autores enfatizaram também a importância dos estudos estarem atentos aos fatores contextuais de risco, às características da criança, ao perfil clínico dos pais e ao tempo de exposição à depressão parental, posto que podem moderar ou mediar a relação entre depressão, parentalidade e desfechos desenvolvimentais dos filhos.

O presente estudo se insere nas lacunas apontadas pela literatura quanto à necessidade de abordar de forma combinada as múltiplas condições contextuais que podem estar associadas à depressão materna. Buscar-se-á, assim, contribuir para a compreensão da influência de tais condições de risco e de proteção para o comportamento das crianças em idade escolar, que convivem com mães com depressão recorrente. Nesse sentido, considera-se que o presente estudo poderá subsidiar dados empíricos que favoreçam o planejamento de programas de prevenção e tratamento em saúde mental infantil.

Assim, configura-se como questão de pesquisa central desse estudo o questionamento: no contexto de convivência com a depressão materna, os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social influenciam o comportamento de crianças em idade escolar?

Tem-se como hipóteses norteadoras que: 1) as crianças que convivem com a depressão materna estão expostas a mais adversidades, a mais estressores, a menos práticas parentais positivas e a menos suporte social que as crianças que convivem com mães sem transtornos psiquiátricos; 2) a presença de mais estressores, de menos práticas parentais positivas e de menos suporte social favorecem mais problemas de comportamento, por parte das crianças; e 3) a presença de mais estressores correlaciona-se com menos práticas parentais positivas e menos suporte social, e menos práticas parentais positivas apresenta correlação com menos suporte social.

De modo a abordar de forma mais específica tal questão de pesquisa apresentar-se-á a seguir os objetivos do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar condições de risco e de proteção para problemas comportamentais de crianças que convivem com a depressão materna, em comparação a crianças que convivem com mães sem transtornos psiquiátricos, focalizando estressores, práticas parentais positivas e suporte social, e as possíveis associações entre essas variáveis.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Comparar as crianças que convivem com a depressão materna às crianças cujas mães não apresentam depressão ou qualquer transtorno psiquiátrico, quanto as seguintes variáveis: (a) indicadores comportamentais das crianças, (b) eventos adversos, (c) adversidades crônicas, (d) estressores, (e) recursos do ambiente familiar, (f) práticas parentais positivas e (g) suporte social;
- 2) Verificar as possíveis correlações dos indicadores comportamentais das crianças (de ambos os grupos) com os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social;
- 3) Verificar as possíveis correlações entre as variáveis: estressores, práticas parentais positivas e suporte social para crianças que convivem com a depressão materna e para crianças que convivem com mães que não apresentam depressão ou qualquer transtorno psiquiátrico.

3 MÉTODO

Adotou-se um delineamento transversal, correlacional, de comparação entre grupos, utilizando dados obtidos a partir de distintas fontes e técnicas. Para o estudo correlacional, buscaram-se as possíveis relações entre o comportamento infantil e as variáveis: estressores, práticas parentais positivas e suporte social.

3.1 Aspectos éticos

O presente estudo é parte de um projeto mais amplo coordenado pela orientadora deste trabalho que 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 a rede de apoio social disponibilizada às famílias (CNPq 302155/2010-4).

Esse estudo específico é um desdobramento da Dissertação de Mestrado em Psicologia de Fernanda Aguiar Pizeta (2009)¹, e parte da coleta de dados foi realizada em conjunto com o Doutorado da referida psicóloga, junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

O estudo mais amplo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da FMRP-USP (HCFMRP-USP), sendo apreciado e aprovado segundo o Processo CEP-HCFMRP nº 6395/2011 (ANEXO A).

3.2 Participantes

Foram avaliadas 100 díades mães-crianças, essas de ambos os sexos, com idade de sete a 12 anos, distribuídas em dois grupos:

G1: 50 díades mães-crianças, cujas mães apresentaram história de depressão recorrente, sistematicamente avaliada;

¹ Pizeta, F. A. (2009). *Depressão materna associada a múltiplos estressores e a socialização de crianças em idade escolar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

G2: 50 díades mães-crianças, cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico, sistematicamente avaliado.

3.3 Caracterização da situação do estudo

As mães de G1 foram identificadas em serviços municipais ambulatoriais de saúde mental do Município de Ribeirão Preto - SP (Ambulatório Regional de Saúde Mental e Núcleo de Saúde Mental) e em serviços ambulatoriais de saúde mental ligados a FMRP-USP. Tais serviços municipais oferecem atendimento em Psiquiatria e Psicologia Clínica para pessoas a partir de 18 anos e são responsáveis pelos distritos Leste, Sul e Norte e pelo distrito Oeste, respectivamente, abrangendo juntos quatro dos cinco distritos existentes em Ribeirão Preto.

Ressalta-se, ainda, que o Ambulatório Regional é um serviço de referência para a região, atendendo os municípios da Divisão Regional de Saúde XIII, incluindo as seguintes cidades: Altinópolis, Barrinha, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataporã, Ibitiúva, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa do Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho e Taquaral.

Em recente levantamento do perfil epidemiológico de um dos serviços ambulatoriais de saúde mental do Município de Ribeirão Preto, no qual também se identificou mães de G1, Reis (2012) verificou que aproximadamente 8% de usuários apresentaram características semelhantes ao perfil definido para as mães desse grupo, ou seja, de um total de 1281 usuários do referido serviço, cerca de 110 eram mulheres, com idade entre 18 e 49 anos.

Para a seleção das mães de G2, foi contatada uma Unidade de Saúde da Família (USF) da Secretaria Municipal de Saúde, localizada na região Oeste do Município de Ribeirão Preto, a qual compreende parte da sub-região 5, atendida por um dos serviços municipais de saúde mental citados acima. Essa USF oferece atendimentos em: Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia e Enfermagem; e abrange os seguintes bairros: Eugênio Mendes Lopes, Jardim Carlos de Lacerda Chaves, parte do Portal do Alto, parte do Jardim Arlindo Laguna e parte do Loteamento Planalto Verde.

Faz-se necessário destacar que o Município de Ribeirão Preto é uma cidade caracterizada como de médio porte, localizada no interior do Estado de São Paulo, possui

população de aproximadamente 604.682 habitantes, com área total de 652,31 km² e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal igual a 0,800, conforme dados do Senso 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010), ocupando no mesmo ano a 40^a posição em relação aos municípios do Brasil (Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 2013).

3.4 Seleção dos participantes – Critérios de inclusão e exclusão

3.4.1 Seleção das mães

Para a composição de G1 selecionou-se uma amostra clínica de conveniência, tendo como critério de inclusão mulheres/mães, na faixa etária de 25 a 45 anos, atendidas em diversos serviços Ambulatoriais de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e da FMRP-USP, com diagnóstico de depressão recorrente, com pelo menos um episódio grave ou moderado nos últimos dois anos, e sem episódios nos últimos seis meses, de modo a favorecer a qualidade do relato das mães, e como forma de evitar que a presença de sintomas depressivos atuais influenciassem o relato das mesmas.

Quanto ao diagnóstico de depressão, tomou-se por referência os critérios da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2007), sendo incluídas no estudo as mulheres que apresentaram diagnóstico de depressão recorrente, correspondendo às classificações: F33.1, F33.2 e F33.3. Foram excluídas da amostra: mães com diagnósticos de depressão maior com episódio único (F32) e exclusivamente com episódios leve (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, transtornos de personalidade e do comportamento do adulto, de forma a evitar a interferência de outras condições de psicopatologia, que poderiam ser variáveis de confundimento. Além disso, excluíram-se mães com sintomas atuais ou história de outras doenças crônicas graves, tais como: câncer, AIDS, cardiopatia, nefropatia, hepatopatia, hanseníase, esclerose múltipla, Parkinson, tuberculose ativa e paralisia irreversível e incapacitante.

Visando a inclusão no G2 selecionou-se uma amostra da comunidade, de conveniência, de mulheres/mães, na faixa etária de 25 a 45 anos, atendidas em uma USF da Secretaria Municipal de Saúde. Adotou-se como critério de inclusão a ausência de histórico de episódios depressivos e de outros transtornos psiquiátricos atuais ou anteriores, e como critério de exclusão a referência a sintomas atuais ou história de outras doenças crônicas graves, como descrito para o G1.

3.4.2 Seleção das crianças

A seleção das crianças teve como base a identificação das mães com e sem diagnóstico de depressão recorrente. Como critérios de inclusão considerou-se o desempenho intelectual, maior ou igual ao percentil médio inferior, no teste das Matrizes Progressivas de Raven – Escala Especial e a convivência com suas mães biológicas. Como critérios de exclusão foram considerados: crianças órfãs ou com história de adoção, com retardo mental e com deficiências sensoriais aparentes, visando controlar outras variáveis que pudessem interferir no comportamento das crianças.

Quando duas ou mais crianças na idade escolar foram identificadas na mesma família, foi incluída apenas uma criança, utilizando-se como critério para escolha as características das mães já coletadas quanto ao perfil sociodemográfico das crianças.

Visando ainda controlar ainda outras variáveis de confundimento, buscou-se balancear os grupos das crianças e mães quanto à idade, e ainda os grupos foram pareados quanto ao gênero das crianças.

Especificar-se-á a seguir o percurso de seleção dos participantes, separadamente, para cada um dos grupos.

3.5 Percurso amostral

3.5.1 G1 – Mães com depressão

Em todos os referidos serviços ambulatoriais de Saúde Mental, inicialmente, procedeu-se a consulta de todos os prontuários ativos e inativos no período de 2006 a 2013, nos quais se buscou identificar mulheres com diagnósticos de transtorno depressivo recorrente com episódios moderados e/ou graves, que estavam na faixa etária de 25 a 45 anos e com filhos na faixa etária de sete a 12 anos. Em alguns casos, foi necessário o contato com as mulheres previamente selecionadas a fim de se confirmar se tinham filhos e a idade dos filhos, uma vez que esta informação não estava disponível em todos os prontuários.

No Ambulatório Regional de Saúde Mental, a base de dados do Sistema Hygia (sistema informatizado e em rede, utilizado pelos serviços municipais de saúde) foi utilizada para pré-seleção dos prontuários quando estava em funcionamento. Pelo Sistema Hygia, foram selecionados todos os prontuários relativos a pacientes mulheres, que receberam ou que recebiam atendimento nesse ambulatório no período do estudo, cujos diagnósticos foram depressão recorrente, moderada e/ou grave. Posteriormente, foram selecionadas mulheres com os referidos diagnósticos que estavam na faixa etária de 25 a 45 anos, sendo pesquisadas e identificadas via prontuários as mulheres com filhos na faixa etária de sete a 12 anos. Finalmente, foram selecionadas aquelas que tinham diagnóstico de depressão recorrente, com episódios moderados ou graves nos últimos dois anos de atendimento psiquiátrico, mas que não apresentaram tais episódios nos seis meses anteriores à coleta de dados.

Foram revisados 7721 prontuários, sendo identificadas 582 mulheres com idade entre 25 e 45 anos, diagnosticadas com depressão recorrente com episódio moderado (F33.1), grave (F33.2) ou em remissão (F33.3), das quais 268 eram mães de filhos com idade entre sete e 12 anos. Dessas mães, 92 apresentaram sintomas depressivos recentes, 61 não foram localizadas nos endereços e telefones disponíveis nos prontuários e 34 não aceitaram ou desistiram de participar, alegando falta de tempo ou motivos pessoais. Dessa forma, avaliou-se 81 mães, das quais foram excluídas ainda 27 pelo motivo das mães apresentarem outros transtornos psiquiátricos e quatro devido às crianças serem portadoras de deficiências mental ou sensorial.

Incluiu-se assim, 50 mulheres/mães com diagnóstico de depressão recorrente confirmado pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – SCID (Del-Ben, 1995; Del-

Ben et al., 2001), tendo pelo menos um episódio moderado ou grave, nos dois anos anteriores à coleta de dados, e ausência de sintomas nos últimos seis meses.

O percurso amostral de G1 está apresentado na Figura 1.

Figura 1. Percurso amostral de G1.

3.5.2 G2 – Mães sem transtorno psiquiátrico

Todos os participantes de G2 foram provenientes de uma USF da Secretaria Municipal de Saúde, já apresentada.

Após a apresentação formal do projeto aos profissionais deste serviço, a coordenadora do mesmo solicitou aos agentes comunitários que fornecessem uma lista com nomes, endereços e/ou telefones de mulheres com idade entre 25 e 45 anos e com filhos na faixa etária de 7 a 12 anos. Posteriormente ao recebimento da referida lista, foi feito contato com

um total de 161 mulheres, sendo confirmado que 153 tinham filhos na faixa etária mencionada. Dessas, 27 não foram localizadas e 39 não aceitaram ou desistiram de participar, alegando falta de tempo ou motivos pessoais. Foram avaliadas 87 díades, das quais foram excluídas, posteriormente, 34 devido às mães apresentarem manifestações atuais de depressão ou outros transtornos psiquiátricos, identificados por meio da aplicação do Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 – PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999) e da SCID-NP – edição para não pacientes (Del-Ben, 1995; Del-Ben et al., 2001), e três pelas crianças serem portadoras de deficiências sensoriais. Portanto, foi incluído no estudo um total de 50 díades. Tal percurso amostral está apresentado na Figura 2.

G2

Figura 2. Percurso amostral de G2.

3.6 Instrumentos

3.6.1 Com as mães

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID)

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, traduzida e adaptada para população brasileira por Del-Ben (1995) e Del-Ben et al. (2001). Foram aplicados os tópicos relativos à Revisão Geral, a SCID I (todos os módulos: A, B, C, D, E e F) e a SCID II, visando à aplicação dos critérios de inclusão das mães, ou seja, para o G1 a confirmação diagnóstica de Depressão Recorrente e a exclusão de comorbidades e para o G2 a exclusão de outros transtornos psiquiátricos. Além das informações diagnósticas, buscou-se por meio da SCID coletar informações sobre o perfil clínico de G1, a saber: a identificação da gravidade dos episódios depressivos, o número de recorrência de tais episódios, o uso atual de antidepressivo e os períodos de ocorrência dos episódios depressivos, focalizando de modo especial a idade da criança, desde seu nascimento, quando da primeira exposição à depressão materna.

A inclusão da SCID no estudo teve por finalidade a sistematização da avaliação diagnóstica.

Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)

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 em serviços de atenção primária à saúde. O PHQ-9 é um módulo baseado diretamente nos critérios diagnósticos para Desordem de Depressão Maior do DSM-IV, validado por Spitzer et al. (1999) e Kroenke et al. (2001). Esse questionário é composto por nove itens e possibilita o rastreamento de sinais e sintomas de Depressão Maior atual, bem como a classificação em níveis de gravidade. Para a resposta, a cada item, apresenta-se uma escala

tipo Likert referente à frequência de sinais e sintomas da depressão nas últimas duas semanas, 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 das respostas aos itens que pode variar de zero a 27, sendo considerado indicador positivo de sinais e sintomas de Depressão Maior valores maiores ou iguais a 10 (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 1999). O valor do escore total também permite a classificação do quadro depressivo quanto à gravidade, de acordo com as seguintes categorias: 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 acima de 20 – indicadores de Depressão Maior severa.

Em relação aos dados psicométricos, obtidos em estudo brasileiro quando da comparação com a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, verificaram-se 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 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., 2008). A versão em português utilizada no presente estudo foi traduzida pela Pfizer² (ANEXO B).

O PHQ-9 foi usado para a identificação de sintomas depressivos atuais das mães de G2, a fim de se proceder à exclusão de mães sintomáticas, sendo excluídas aquelas que apresentaram escore total maior ou igual a 10, por não preencherem critério de inclusão no presente estudo. Destaca-se que todas as mães desse grupo que tiveram escore menor que 10 no PHQ-9 foram avaliadas pela SCID-NP, de modo a excluir a presença de transtornos psiquiátricos.

Questionário Geral

Foi elaborado para o levantamento de informações sociodemográficas e algumas condições específicas dos participantes e de suas famílias quanto a: (a) mães – endereço e condições de moradia, idade, sexo, cor, naturalidade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, número de filhos biológicos e adotivos; (b) famílias – constituição, renda mensal

² Copyright © 2005 Pfizer Inc; Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão.

e nível socioeconômico; (c) crianças – idade, sexo e escolaridade. Tal Questionário (APÊNDICE A) ainda avaliou condições da gravidez, histórico de depressão familiar, de violência doméstica, e a presença de doenças crônicas, deficiências por parte das crianças. Para avaliação das condições socioeconômicas, utilizaram-se os itens do Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP (ANEXO C).

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Foi desenvolvido por Goodman (1997) e validado para a realidade brasileira por Fleitlich, Cortázar e Goodman (2000), tendo por objetivo a avaliação do comportamento da criança nos últimos seis meses. Trata-se de um instrumento de uso livre (site: www.sdqinfo.com), com três versões, ou seja, para pais, professores e jovens a partir dos 11 anos, sendo que no estudo em questão foi utilizada a versão para pais.

O questionário (ANEXO D) é composto por 25 itens, sendo 10 itens referentes a capacidades e os outros 15 itens a dificuldades da criança, os quais são subdivididos em cinco escalas (Escala de Comportamento Pró-Social, 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 10* pontos.

O escore total de problemas, com *pontuação máxima* de 40 pontos, corresponde à soma da pontuação das quatro escalas de dificuldades (Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Colegas), sendo que quanto maior o escore mais problemas comportamentais na área específica avaliada e no geral. A Escala de Comportamento Pró-Social corresponde às capacidades, sendo que 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*. Adotou-se no estudo como nota de corte indicadora de problema o escore total maior que 16, proposto por Goodman (1997), relativo à categoria *anormal*, sendo os escores iguais ou inferiores a esse valor, correspondentes às categorias *limítrofe e normal*. No presente estudo, adotou-se tanto

para a classificação do escore total quanto para a classificação das escalas, a nomenclatura *Sem dificuldade* para as categorias *limítrofe* e *normal* e *Com dificuldade* para a categoria *anormal*.

Em relação à validade e fidedignidade do instrumento no Brasil, os dados psicométricos foram apresentados por Woerner et al. (2004). Para o estudo da fidedignidade, utilizaram o método teste-reteste e o cálculo do alfa de Cronbach, por meio dos quais verificaram ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas avaliações, com intervalo médio de aproximadamente 20 dias entre cada aplicação (teste de amostras pareadas, $p = 0,148$) e foi identificada correlação de 0,79 entre as avaliações e de 0,77 intra classe (ambos com $p < 0,001$). Para o estudo da validade, compararam o SDQ aos questionários de Rutter e ao *Child Behavior Checklist* – CBCL, cujos estudos foram apresentados no Brasil por Fleitlich et al. (2000), com correlações de 0,90 e de 0,87, respectivamente, e com o instrumento diagnóstico *Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents* – DAWBA ($\chi^2 = 13,1$; $p < 0,001$), todos com concordância satisfatória.

Esse instrumento foi utilizado como a medida de comportamento das crianças, permitindo a identificação de crianças *sem* e *com dificuldades comportamentais*.

Escala de Eventos Adversos (EEA)

Foi desenvolvida por Marturano (1999) e visa identificar eventos adversos que possam ter ocorrido nos últimos doze meses ou anteriormente na vida da criança. Esta escala é composta por 36 itens, classificados em três domínios de incidência das adversidades: (a) vida escolar, (b) vida familiar e (c) vida pessoal.

A escala (ANEXO E) é preenchida a partir das respostas das mães, mediante leitura de uma lista de situações que podem ocorrer na vida das crianças, sendo solicitado que informem se alguma das situações apresentadas ocorreu na vida do filho nos últimos 12 meses, ou anteriormente.

A fidedignidade avaliada pelo procedimento de teste-reteste forneceu índices satisfatórios de estabilidade em aplicações realizadas com 20 dias de intervalo (Santos, 1999).

A inclusão no estudo teve por finalidade a identificação de eventos adversos presentes na vida das crianças e das famílias, sendo considerados para tal o escore total obtido na EEA.

Escala de Adversidade Crônica (EAC)

Proposta por Marturano (1999), visa identificar eventos adversos crônicos que podem ter ocorrido ao longo da vida da criança e que tenham duração ou ocorrência repetida por um ano ou mais. Esta escala é formada por 18 itens que abrangem adversidades crônicas referentes: (a) à saúde da criança e dos pais (b) ao temperamento dos pais e (c) a possíveis conflitos familiares e conjugais.

A escala (ANEXO F) é preenchida a partir das respostas das mães, mediante leitura de uma lista de condições adversas prolongadas ou recorrentes, que podem ocorrer na vida das crianças, sendo solicitado que informem se alguma das condições apresentadas ocorreu na vida do filho, bem como que especifiquem a duração em anos e o período de vida da criança.

A inclusão no estudo teve por finalidade a identificação de adversidades crônicas presentes na vida das crianças e das famílias.

Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)

Foi desenvolvido por Marturano (2006) para o rastreamento de recursos disponibilizados pela família que podem se associar com o desempenho escolar. Dispõe de 10 tópicos que correspondem às áreas de recursos: (a) o que a criança faz quando não está na escola, (b) passeios proporcionados/compartilhados, (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.

O inventário (ANEXO G) é preenchido mediante as respostas das mães para cada um dos itens, ponderando-se os valores obtidos, visto que o número de possíveis respostas é variável.

Os índices psicométricos, em uma amostra de 100 crianças com queixa escolar, foram considerados aceitáveis, com boa consistência interna (*alfa* de Cronbach = 0,84) e com boa estabilidade da medida global avaliada com índices de estabilidade entre 92% e 100% (Santos, 1999).

A inclusão no estudo teve por finalidade a identificação de recursos e possíveis condições de proteção do ambiente familiar, considerando-se o escore total do RAF, obtido pela somatória dos escores ponderados em cada tópico.

Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado

O roteiro de entrevista semi-estruturada foi elaborado para o estudo de doutorado de Pizeta (2014)³, com o intuito de avaliar indicadores relativos aos processos-chave de resiliência familiar propostos por Walsh (2005). Para esse estudo, foram utilizados apenas alguns tópicos específicos, selecionados dessa entrevista aplicada integralmente, a saber: estressores, práticas parentais positivas e suporte social, de modo a identificar condições de risco e de proteção. Apresentar-se-á, a seguir, no Quadro 1 os tópicos selecionados e as questões guia incluídas na entrevista, a pontuação desses itens será detalhada na parte em que se apresenta a codificação dos dados.

Tópicos	Questões
<i>Estressores</i>	Você considera que 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?
	Quanto a sua comunidade... Você considera que tem uma vizinhança violenta, com problemas com a polícia?
	Em situações novas, como é a adaptação de seu(u) filho(a)? Como ele(a) reage a elas?
<i>Práticas Parentais Positivas</i>	Como está dividido seu tempo no que se refere ao seu trabalho (em casa e fora de casa, quando tiver) e às necessidades familiares?
	Como você avalia os cuidados que vem tendo com seu(u) filho(a) nos últimos 12 meses?

Continua

³ Pizeta, F. A. (2014). *Depressão materna, estressores e resiliência: preditores do comportamento de escolares*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Continuação

Práticas Parentais Positivas		Você consegue perceber quando seu(ua) filho(a) está precisando de ajuda? Como?
		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?
		Seu filho tem rotinas a seguir? As rotinas costumam ser quebradas? Por quem?
		Como os limites são colocados para o seu(ua) filho(a)?
		E no caso do seu(ua) filho(a), quando ele(a) não obedece, como você reage?
		Como seu(ua) filho(a) reage frente ao que pode/ é permitido e ao que não pode/ é proibido?
		Como ele lida com as situações do dia-a-dia?
Suporte Social	<i>Serviços da Comunidade</i>	Quanto aos serviços da comunidade que podem ajudá-la ou à sua família: Educacionais, Religiosos, Saúde, Esporte e Lazer, Assistência Social e Comunitários. Quais conhece? Usa(ou)? Quem utiliza(ou)? Como os percebe?
	<i>Rede de Apoio</i>	Em situações relacionadas a seu(ua) filho(a), a quem você recorre quando precisa de ajuda ou opinião?
		E nas situações em geral, a quem você recorre para pedir opinião?
		Que tipo de ajuda você recebe? De quem?
		De quem seu(ua) filho(a) pede ajuda frente a situações difíceis? Em que ocasiões?
		Você ou sua família tem uma crença?
		Com que frequência participam de atividades religiosas?

Conclusão.

Quadro 1. Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado (tópicos relativos aos estressores, às práticas parentais positivas e ao suporte social).

3.6.2 Com as crianças

Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial

Trata-se de um instrumento de avaliação do nível intelectual de crianças, que apresenta propriedades psicométricas satisfatórias aferidas no Brasil. Foi padronizado para uma amostra

representativa de crianças de 5 a 11 anos e meio, de escolas públicas e particulares, da cidade de São Paulo (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999). Dispõe de 36 itens, divididos em três séries, sendo cada uma com 12 problemas.

A validade de construto foi verificada por meio da observação do aumento progressivo nos resultados do teste de acordo com a idade cronológica das crianças avaliadas e por meio da consistência interna, que na maioria dos itens satisfaz o critério 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).

O desempenho nesse teste constituiu um dos critérios de seleção das crianças, adotando-se o desempenho intelectual maior ou igual ao percentil médio inferior (≥ 25) como condição para inclusão no estudo.

Teste de Desempenho Escolar - TDE

Avalia as capacidades fundamentais para o desempenho escolar de crianças da 1ª a 6ª séries 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. O escore bruto máximo do subteste Escrita é 35 pontos; o do subteste Aritmética é 38 pontos e o do subteste leitura é de 70 pontos; podendo o escore bruto total variar de zero a 143 pontos.

Em um estudo com 164 escolares de ensino fundamental de cidade do interior paulista, Capellini, Tonelotto e Ciasca (2004) verificaram que as médias do grupo de crianças considerado sem dificuldade pelos professores foram significativamente maiores para escrita, aritmética, leitura e total, evidenciando que o TDE é sensível a diferenças entre alunos com e sem dificuldade de aprendizagem, de acordo com a indicação dos professores.

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. A presença de dificuldade quanto ao desempenho acadêmico foi considerada um estressor.

3.7 Materiais

Para coleta de dados com as mães utilizou-se gravador de áudio, visando o registro da entrevista semi-estruturada. Com as crianças, usou-se materiais gráficos e gibis como recursos para o *rapport* precedendo a sessão de aplicação do Raven e do TDE.

3.8 Procedimentos

3.8.1 Coleta de dados

A coleta relativa às mães com depressão e sem transtornos psiquiátricos foi realizada nos serviços de saúde em que as mesmas eram atendidas ou na casa das participantes, quando elas assim preferiram. Procurou-se garantir a privacidade em todos os locais mencionados.

As mães foram contatadas por telefone, carta, nas suas casas ou nos referidos serviços de saúde na data de consulta, sendo informadas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participarem da pesquisa. Neste primeiro contato, 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 de G2 o PHQ-9 (Kroenke et

al., 2001; Spitzer et al., 1999) para rastrear indicadores de sinais e sintomas depressivos atuais.

Aquelas mães que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo foram contatadas pessoalmente, em horário previamente agendado, sendo ressaltado o caráter voluntário da participação e a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem prejuízos para si ou para seus filhos.

O início das avaliações ocorreu após a assinatura pelas mães do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO H). Ademais, posteriormente, as crianças foram convidadas a participarem do estudo e esclarecidas sobre os objetivos, sendo avaliadas apenas aquelas que manifestaram concordância.

As avaliações foram realizadas em sessões individuais, face a face, por psicólogos e alunos de Psicologia bolsistas de Iniciação Científica (IC-FAPESP e IC-CNPq). As avaliações relativas às mães foram realizadas pela autora desse estudo, por uma doutoranda e por dois 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 das crianças foram realizadas pelos bolsistas de apoio técnico e pelas graduandas de psicologia, bolsistas de IC. Antecedendo as avaliações foram realizadas sessões de treinamento, buscando-se tornar homogênea a coleta de dados. Essa equipe de avaliadores também realizou a revisão de prontuários para seleção dos participantes. Manteve-se reuniões regulares da equipe com a orientadora do estudo, visando o acompanhamento da seleção dos participantes e da coleta de dados, de modo a preservar a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a homogeneidade dos procedimentos.

Destaca-se que cada um dos membros das díades foi avaliado por avaliadores diferentes, ou seja, um psicólogo realizou a coleta de dados com a mãe e outro com a criança.

Avaliação com as mães

As mães foram avaliadas em duas ou três sessões, com duração de aproximadamente 60 minutos cada. Na primeira sessão, foi lido e assinado o TCLE, bem como foi preenchido o Questionário Geral e aplicada a SCID para confirmação diagnóstica. 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. Em geral, as primeiras sessões tiveram duração de 50 a 90 minutos, com média de 70 minutos. Na segunda sessão, foi aplicada a Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado, com duração de 60 a 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 a todas as mães participantes, tendo sido agendada e realizada com todas as mães que manifestaram tal interesse, com duração aproximada de 30 minutos.

Avaliação com as crianças

As crianças foram avaliadas, individualmente, em uma única sessão, com duração de 30 a 60 minutos, com tempo médio de 47 minutos. Após um breve *rapport*, foi aplicado o Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, seguindo-se as recomendações técnicas previstas. Posteriormente, responderam ao Teste de Desempenho Escolar, aplicado de acordo com as recomendações técnicas específicas (Stein, 1994).

Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados após a sessão de avaliação, sendo que todas as crianças realizaram os dois testes propostos.

3.8.2 Tratamento dos dados

Codificação e categorização

Os dados obtidos nos testes (Raven e TDE), no inventário (RAF) e nas escalas (EEA e EAC) foram codificados de acordo com as normas técnicas de cada instrumento.

As informações obtidas no Questionário Geral foram codificadas em termos de frequência 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

(constituição familiar – monoparental ou biparental, classe socioeconômica – critérios da ABEP e histórico de violência doméstica).

Os dados provenientes da Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado foram codificados e categorizados conforme o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2009).

Os tópicos da Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado selecionados para este estudo, relativos à avaliação dos indicadores de estressores, práticas parentais positivas e suporte social, foram transcritos literalmente e na íntegra. Posteriormente, foram lidos repetidas vezes, buscando-se identificar regularidades e diferenças nas respostas das mães para a categorização das respostas, tendo por referência categorias pré-definidas relativas aos processos-chave de resiliência familiar (Wash, 2005).

Para a codificação dos indicadores relativos a estressores, práticas parentais positivas e suporte social selecionaram-se informações do Questionário Geral, do RAF, da EEA, da EAC, e da Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado e atribuíram-se pontuações aos mesmos, como apresentado nos apêndices: APÊNDICE B – Estressores, APÊNDICE C – Práticas Parentais Positivas e APÊNDICE D – Suporte Social.

Quanto à caracterização da variável Estressores, definiram-se quatro categorias, a saber: situações do contexto geral (nove itens), situações familiares (12 itens), situações relacionadas às crianças (cinco itens) e interações familiares (seis itens), agrupando um total de 32 itens avaliados por diferentes instrumentos (TDE, EEA, EAC, Questionário Geral e Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado).

A variável Práticas Parentais Positivas foi caracterizada por meio da definição de três categorias: cuidados e rotinas (sete itens), estabelecimento de limites e regras (quatro itens) e sensibilidade ao outro (três itens), abarcando um total de 14 itens avaliados pelo RAF e Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado.

Com relação a variável Suporte Social, definiu-se duas categorias: serviços da comunidade (quatro itens) e rede de apoio (oito itens), ainda subdividida em mãe (quatro itens), criança (dois itens) e família (dois itens), totalizando 12 itens avaliados por meio da Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado. As variáveis, as categorias e os itens que as compõem, bem como os instrumentos fonte das informações estão apresentados no Quadro 2.

VARIÁVEIS/ CATEGORIAS/ ITENS	FONTES DE INFORMAÇÕES/ INSTRUMENTOS
Estressores	
<i>Situações do contexto geral</i>	
(1) Renda materna suficiente para família	Entrevista
(2) Renda paterna suficiente para família	Entrevista
(3) Renda total suficiente para família	Entrevista
(4) Vizinhança violenta, com problemas com a polícia	Entrevista
(5) Classificação socioeconômica	Questionário Geral
(6) Escolaridade da mãe	Questionário Geral
(7) Desemprego/ perda de emprego pelo pai e/ou pela mãe	EEA
(8) Mudança de cidade	EEA
(9) Mudança de escola	EEA
<i>Situações do contexto familiar</i>	
(1) Doença grave em familiar próximo	EEA
(2) Criminalidade/ envolvimento com a lei pelos pais	EEA
(3) Alcoolismo da mãe	EAC
(4) Alcoolismo do pai ou padrasto	EAC
(5) Abuso de drogas pela mãe	EAC
(6) Abuso de drogas pelo pai ou padrasto	EAC
(7) Temperamento difícil da mãe	EAC
(8) Temperamento difícil do pai	EAC
(9) Perda por morte do pai	EEA
(10) Perda por morte de avós	EEA
(11) Perda por morte de irmãos	EEA
(12) Aumento da ausência da mãe e/ou do pai por oito horas ou mais por semana	EEA
<i>Situações relacionadas às crianças</i>	
(1) Adaptação e reação frente a situações novas	Entrevista
(2) Doença grave ou crônica na criança	EEA e EAC
(3) Problemas de relacionamento com a professora e/ou suspensão da escola	EEA
(4) Desempenho escolar	TDE
(5) Piora do relacionamento com amigos e colegas	EEA
<i>Situações relativas às interações familiares</i>	
(1) Organização familiar não tradicional	Questionário Geral
(2) Conflitos familiares recorrentes ou crônicos	EAC

Continua

Continuação

(3) Conflitos conjugais	EEA e EAC
(4) Separação dos pais	EEA
(5) Recasamento dos pais	EEA
(6) Violência física, psicológica ou sexual	Questionário Geral e Entrevista
Práticas Parentais Positivas	
<i>Cuidados e rotinas</i>	
(1) Avaliação dos cuidados com o filho nos últimos 12 meses	Entrevista
(2) Presença de rotinas para o filho	Entrevista
(3) Ocorrência de quebra das rotinas	Entrevista
(4) Responsável pela quebra das rotinas do filho	Entrevista
(5) Realização de atividades regulares extra escolares	RAF
(6) Realização de atividades pelos pais junto com a criança em casa	RAF
(7) Acompanhamento dos afazeres da escola	RAF
<i>Estabelecimento de limites e regras</i>	
(1) Definição de regras para o filho	Entrevista
(2) Estabelecimento de limites para o filho	Entrevista
(3) Reação da mãe quando o filho não obedece	Entrevista
(4) Reação da criança frente às regras	Entrevista
<i>Sensibilidade ao outro</i>	
(1) Divisão do tempo entre o trabalho (em casa e fora de casa) e às necessidades familiares	Entrevista
(2) Percepção da necessidade de ajuda por parte do filho	Entrevista
(3) Disponibilidade do filho para as atividades e as pessoas	Entrevista
Suporte Social	
<i>Serviços da comunidade</i>	
(1) Conhecimento de serviços Educacionais, Religiosos, Saúde, Esporte e Lazer, Assistência Social e Comunitária	Entrevista
(2) Utilização de serviços Educacionais, Religiosos, Saúde, Esporte e Lazer, Assistência Social e Comunitária	Entrevista
(3) Familiares que utilizam	Entrevista
(4) Percepção dos serviços	Entrevista
<i>Rede de apoio</i>	
<i>Mãe</i>	
(1) Pessoas a quem a mãe recorre quando precisa de ajuda ou opinião em situações relacionadas ao filho	Entrevista

Continua

Continuação

(2) Pessoas a quem a mãe recorre para pedir opinião nas situações em geral	Entrevista
(3) Tipo de ajuda que a mãe recebe	Entrevista
(4) Pessoas de quem a mãe recebe ajuda	Entrevista
<i>Criança</i>	
(5) Pessoas a quem a criança recorre quando precisa de ajuda	Entrevista
(6) Ocasões em que pede ajuda	Entrevista
<i>Família</i>	
(7) Crenças religiosas/espirituais	Entrevista
(8) Participação em atividades religiosas	Entrevista

Conclusão.

Quadro2. Variáveis, categorias, itens e fontes de informações/instrumentos.

As respostas aos itens de cada uma das três variáveis Estressores, Práticas Parentais Positivas e Suporte Social foram pontuadas conforme a descrição a seguir. Nas variáveis Estressores e Práticas Parentais Positivas, as respostas receberam pontuação 0, 1 ou 2, podendo alcançar o escore máximo de 64 e 28 pontos, respectivamente. Algumas respostas aos itens de Suporte Social foram pontuadas tanto quantitativamente (frequência) quanto qualitativamente (intensidade), sendo a variação do escore quantitativo de zero a 55 e do escore qualitativo de zero a 36. Considerando a pontuação atribuída para Estressores, quanto maior a pontuação, mais condições de risco referidos para o contexto familiar; e para Práticas Parentais Positivas e Suporte Social quanto maior a pontuação, mais condições de proteção referidos para o contexto familiar. Além de considerados separadamente, visando analisar os indicadores de proteção em geral, as variáveis Práticas Parentais Positivas e Suporte Social foram agrupadas.

A avaliação da concordância de codificação foi realizada de forma independente, por dois pesquisadores para 25% (25) das entrevistas transcritas, sendo o cálculo de concordância entre avaliadores independentes de 80%. Quando ocorreu discordância na codificação das entrevistas, procedeu-se à discussão conjunta com um terceiro pesquisador, visando estabelecer um consenso, o qual foi considerado para a codificação do conjunto das entrevistas.

Todos os dados foram digitados em planilha do Programa Excel e o banco foi conferido por digitadores independentes.

Análise estatística dos dados

Em função da distribuição dos dados, após a verificação da normalidade das distribuições das variáveis, foram escolhidos os testes estatísticos apropriados para análise, os quais foram realizados por meio do *software* estatístico SAS® 9.0.

Realizou-se uma análise descritiva, em termos de frequência e porcentagem, para o perfil sociodemográfico dos grupos quanto às características das crianças, mães e famílias, bem como para o diagnóstico clínico das mulheres/mães de G1. Além disso, os grupos (G1 e G2) foram comparados quanto às variáveis sociodemográficas por meio do Teste Exato de Fisher.

Posteriormente, procedeu-se às comparações entre os grupos (G1 X G2) quanto aos indicadores: (a) comportamentais das crianças (SDQ); (b) condições de risco – relativos aos eventos adversos (EEA), adversidades crônicas (EAC) e estressores (múltiplos indicadores); e (c) condições de proteção – recursos do ambiente familiar (RAF), práticas parentais positivas (múltiplos indicadores) e suporte social (Entrevista). Tais indicadores foram submetidos à análise estatística descritiva, em termos de frequência e porcentagem para as variáveis categóricas; e média, desvio padrão, mediana, valores máximo e mínimo para as variáveis contínuas. Para a comparação das variáveis categóricas (indicadores comportamentais das crianças), utilizou-se o Teste Exato de Fisher. As comparações das variáveis contínuas foram realizadas por meio do Teste *t*-Student. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Realizou-se também a análise de regressão logística bivariada para verificar a influência das variáveis sociodemográficas que diferenciaram os grupos para os indicadores comportamentais das crianças. A quantificação das associações foram mensuradas por meio de modelos de regressão logística (Hosmer e Lemeshow, 1989), no qual se calculou o Odds Ratio (OR) bruto, com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Utilizou-se a Correlação de Pearson para verificar as possíveis correlações entre os indicadores comportamentais das crianças (SDQ) de G1 e G2 com os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social. As correlações foram classificadas fracas (0 - 0,25), moderadas (0,26 - 0,50), fortes (0,51 - 0,70) ou muito fortes ($\geq 0,71$), de acordo com os valores apontados por Primi, Muniz e Nunes (2009).

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três tópicos, a saber: 1) perfil sociodemográfico e clínico da amostra; 2) comparações entre os grupos e 3) correlações entre as variáveis.

Com relação ao primeiro tópico, serão apresentados os dados relativos: (a) ao perfil sociodemográfico dos grupos quanto às características das crianças, mães e famílias e (b) à caracterização do perfil clínico das mulheres/mães de G1.

No segundo tópico, serão apresentadas comparações entre os grupos quanto aos indicadores: (a) comportamentais das crianças (SDQ); (b) condições de risco – eventos adversos (EEA), adversidades crônicas (EAC) e Estressores (múltiplos indicadores); e (c) condições de proteção – recursos do ambiente familiar (RAF), Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) e Suporte Social (Entrevista).

E, no terceiro tópico, serão apresentadas as correlações entre os indicadores comportamentais das crianças (SDQ), os Estressores (múltiplos indicadores), as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista).

4.1 Perfil sociodemográfico e clínico da amostra

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das mães, das crianças e das famílias incluídas no estudo, especificando as comparações entre os grupos de crianças cujas mães tiveram diagnóstico de depressão (G1) e o de crianças cujas mães não apresentaram diagnóstico de depressão ou outros transtornos psiquiátricos (G2).

Tabela 1

Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto às variáveis sociodemográficas das crianças, das mães e das famílias (n = 100)

	Grupos		Total	OR Bruto	IC (95%)	p-valor*
	G1	G2				
	f (%)	f (%)				
Crianças						
<i>Idade</i>						
7 a 9 anos	24 (48,00)	26 (52,00)	50 (50,00)	1,000	Referência	0,8416
10 a 12 anos	26 (52,00)	24 (48,00)	50 (50,00)	1,174	(0,535 ; 2,572)	
<i>Gênero</i>						
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)	
<i>Escolaridade</i>						
1º ao 5º ano	29 (58,00)	32 (64,00)	61 (61,00)	1,000	Referência	0,6820
6º ao 8º ano	21 (42,00)	18 (36,00)	39 (39,00)	1,287	(0,575 ; 2,881)	
Mães						
<i>Idade</i>						
25 a 35 anos	23 (46,00)	26 (52,00)	49 (49,00)	1,000	Referência	0,6893
36 a 45 anos	27 (54,00)	24 (48,00)	51 (51,00)	1,271	(0,580 ; 2,789)	
<i>Escolaridade</i>						
≤ 8 anos	31 (62,00)	13 (26,00)	44 (44,00)	4,644	(1,981 ; 10,883)	<0,001*
>8 anos	19 (38,00)	37 (74,00)	56 (56,00)	1,000	Referência	
<i>Estado Civil</i>						
Sem companheiro	33 (66,00)	3 (6,00)	36 (36,00)	30,410	(8,242 ; 112,209)	<0,001*
Com companheiro	17 (34,00)	47 (94,00)	64 (64,00)	1,000	Referência	
<i>Ocupação</i>						
Assalariado	27 (54,00)	36 (72,00)	63 (63,00)	1,000	Referência	0,0969
Benefício + Sem trabalho	23 (46,00)	14 (28,00)	37 (37,00)	2,190	(0,954 ; 5,028)	
<i>Número de Filhos</i>						
1 a 3 filhos	40 (80,0)	47 (94,0)	87 (87,00)	1,000	Referência	0,0713
4 a 5 filhos	10 (20,0)	3 (6,0)	13 (13,00)	3,917	(1,008 ; 15,220)	
Famílias						
<i>Classe Socioeconômica**</i>						
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)	
<i>Renda Mensal</i>						
<3 salários mínimos	27 (54,00)	14 (28,00)	41 (41,41)	3,156	(1,369 ; 7,276)	0,0081*
≥ 3 salários mínimos	22 (44,00)	36 (72,00)	58 (58,59)	1,000	Referência	

Nota. f = frequência; % = Porcentagem; *p-valor referente ao teste Exato de Fisher / $p \leq 0,05$; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de Confiança com 95%; **Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Participaram do estudo 100 crianças com média de idade 9,9 anos (variação de sete anos e três meses a 12 anos e nove meses; $DP = 1,69$), as quais foram distribuídas homogeneamente entre as faixas etárias e gênero para ambos os grupos. Quanto à escolaridade, todos os participantes frequentavam o Ensino Fundamental, sendo que a maioria (61%) estava nos anos iniciais (1º ao 5º ano), com distribuição semelhante para G1 e G2.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis demográficas das crianças, o que evidencia distribuição equilibrada entre os grupos, conforme os critérios de inclusão.

Foram avaliadas 100 mulheres/mães com idade média de 36,2 anos ($DP = 5,02$), variando de 25 a 45 anos. Verificou-se uma distribuição homogênea, sendo a média de idade de G1 de 36,5 anos ($DP = 5,13$) e a de G2 de 35,9 anos ($DP = 4,94$), sem diferença estatisticamente significativa. Também com relação à ocupação, notou-se o predomínio de mulheres que referiram exercer alguma atividade profissional remunerada em ambos os grupos (G1 – 54% e G2 – 72%), sem diferença estatisticamente significativa.

Quanto à escolaridade no grupo total, 44% das mães relataram ter estudado por até oito anos e 56% referiram ter mais de oito anos de estudo. A maioria das mães de G1 (62%) tinha até oito anos de estudo e das mães de G2 (74%) mais de oito anos, verificando-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Em relação ao estado civil, observou-se o predomínio de mulheres com companheiro, ou seja, casadas ou vivendo em união consensual (64%), seguido de 36% de mulheres que estavam sem companheiro, ou seja, eram solteiras, separadas, desquitadas ou viúvas. Verificou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição dos grupos para o estado civil, sendo que 66% das mulheres/mães de G1 estavam sem companheiro, sendo cuidadoras exclusivas de suas famílias e 94% das mulheres/mães de G2 viviam em famílias biparentais.

O número de filhos das mulheres/mães variou de um a cinco, sendo que a maioria (87%) tinha de um a três filhos. Apesar de 20% das mães de G1 e 6% de G2 terem quatro a cinco filhos não se detectou diferença estatística significativa entre os grupos.

No que se refere à classificação socioeconômica das famílias, verificou-se que a maioria dos participantes (58%) foram incluídos nas classes A e B. Verificou-se que 62% de G1 foram classificados como pertencentes as classes C e D, e em G2, 22% foram incluídos nessa categoria, identificando-se diferença significativa na distribuição dos grupos.

Detectou-se ainda diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação a renda mensal familiar. Observou-se o predomínio de famílias (58,59%) com renda mensal

maior ou igual a três salários mínimos, correspondendo a 44% das famílias de G1 e 72% das de G2.

Com relação às variáveis sociodemográficas, foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à escolaridade e ao estado civil das mães, bem como quanto à classe socioeconômica e à renda mensal das famílias.

A Tabela 2 apresenta as características clínicas das mães das crianças de G1, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), tendo por base a avaliação diagnóstica da SCID I. As mães de G2, pelo critério de inclusão do estudo, não apresentaram indicadores diagnósticos.

Tabela 2

Classificação do tipo de depressão diagnosticada para as mães das crianças de G1, segundo a CID-10 (n = 50)

Classificação da depressão CID-10	f (%)
F33 – Transtorno Depressivo Recorrente	
F33.1 – Último episódio moderado	38 (76,00)
F33.2 – Último episódio grave sem sintomas psicóticos	5 (10,00)
F33.3 – Último episódio grave com sintomas psicóticos	7 (14,00)
Total	50 (100,00)

Nota. f = Frequência; % = Porcentagem; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente.

Verificou-se que todas as mulheres de G1, conforme o critério de inclusão do estudo, foram incluídas na classificação diagnóstica Transtorno Depressivo Recorrente, sendo que a maioria (76%) apresentou último episódio moderado, seguido de 7% classificadas com último episódio grave com sintomas psicóticos e 5% com último episódio grave, sem sintomas psicóticos.

4.2 Comparações entre os grupos

Serão apresentadas as comparações entre G1 e G2 quanto a: (a) indicadores comportamentais das crianças, (b) eventos adversos, (c) adversidades crônicas, (d) Estressores, (e) recursos do ambiente familiar, (f) Práticas Parentais Positivas e (g) Suporte Social.

4.2.1 Indicadores comportamentais das crianças

A Tabela 3 apresenta as comparações entre os grupos em relação ao Escore Total de Dificuldades e às Escalas do SDQ, considerando a média e a mediana.

Tabela 3

Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto ao comportamento das crianças (SDQ – Escore Total de Dificuldades e escores das Escalas) (n = 100)

SDQ	G1 (n = 50)		G2 (n = 50)		Valor do Teste	p-valor*
	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)		
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*
Sintomas Emocionais	5,20 (2,60)	5,00 (0,00-10,00)	2,80 (2,30)	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*
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

Nota. *p-valor referente ao Teste *t*-Student / $p \leq 0,05$; DP = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre os grupos quanto ao comportamento das crianças avaliado pelo Total de Dificuldades e às Escalas Sintomas Emocionais, Hiperatividade e Relacionamento com Colegas avaliados por meio do SDQ. Observou-se que a média e a mediana dos escores de G1 foram maiores que os de G2 em relação ao Total de Dificuldades e às quatro Escalas relativas às dificuldades, a saber: Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e Relacionamento com Colegas. Quanto à Escala Comportamento Pró-Social relativa à capacidade, verificou-se que a média e a mediana de G1 foram menores que as de G2, com tendência a diferença estatística significativa.

Considerando os escores obtidos e as notas de corte do SDQ (Goodman, 1997) procederam-se as classificações dos escores em *Sem dificuldade* ou *Com dificuldade*, em

relação ao Escore Total de Dificuldades e aos escores das Escalas do SDQ como apresentado na Tabela 4.

Tabela 4

Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto ao comportamento das crianças, tendo por referência as classificações dos escores em Sem dificuldade ou Com dificuldade (SDQ – Escore Total de Dificuldades e escores das Escalas) (n = 100)

SDQ	Grupos		Total	OR Bruto	IC (95%)	p-valor*
	G1	G2				
	f (%)	f (%)				
Total Dificuldades						
Sem dificuldade	29 (58,00)	41 (82,00)	70 (70,00)	1,000	Referência	0,0156*
Com dificuldade	21 (42,00)	9 (18,00)	30 (30,00)	3,299	(1,322 ; 8,231)	
Sintomas Emocionais						
Sem dificuldade	16 (32,00)	38 (76,00)	54 (54,00)	1,000	Referência	<0,001*
Com dificuldade	34 (68,00)	12 (24,00)	46 (46,00)	6,729	(2,791 ; 16,222)	
Problemas de Conduta						
Sem dificuldade	36 (72,00)	42 (84,00)	78 (78,00)	1,000	Referência	0,2270
Com dificuldade	14 (28,00)	8 (16,00)	22 (22,00)	2,042	(0,769 ; 5,419)	
Hiperatividade						
Sem dificuldade	35 (70,00)	43 (86,00)	78 (78,00)	1,000	Referência	0,0897
Com dificuldade	15 (30,00)	7 (14,00)	22 (22,00)	2,632	(0,966 ; 7,169)	
Relacionamento com Colegas						
Sem dificuldade	35 (70,00)	47 (94,00)	82 (82,00)	1,000	Referência	0,0033*
Com dificuldade	15 (30,00)	3 (6,00)	18 (18,00)	6,713	(1,803 ; 24,993)	
Comportamento Pró-Social						
			100			
Sem dificuldade	50 (50,00)	50 (50,00)	(100,00)	-	-	-
Com dificuldade	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	-	-	-

Nota. f = frequência; % = Porcentagem; *p-valor referente ao teste Exato de Fisher / $p \leq 0,05$; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de Confiança com 95%; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Foram detectadas diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2 quanto ao Total de Dificuldades e às Escalas relativas às dificuldades, a saber: Sintomas Emocionais e Relacionamento com Colegas do SDQ. As crianças de G1 apresentaram 6,7 vezes mais chances de terem sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os colegas em comparação as crianças de G2.

A maioria das crianças (70%) não apresentou dificuldades comportamentais, sendo classificadas como *Sem dificuldade* quanto ao Escore Total de Dificuldades do SDQ, observou-se que no G2 a maioria das crianças foi incluída nessa categoria e em G1 mais da metade das crianças. Na Escala Comportamento Pró-Social, todas as crianças foram classificadas como *Sem dificuldade*, em ambos os grupos.

Considerando-se que para G1, em comparação ao G2, a escolaridade e o estado civil da mãe e a classe socioeconômica e a renda mensal das famílias apresentaram diferenças com significância estatística, caracterizando menor escolaridade, mais mães sem companheiros e menos recursos econômicos para G1, procedeu-se a análise de regressão logística bivariada, visando verificar a influência de tais variáveis sobre o comportamento infantil, tendo por referência as classificações dos escores do SDQ, com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. As Tabelas 5, 6 e 7 apresentam tal análise, ajustando-se as classificações dos escores do SDQ, considerando as variáveis escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar.

Tabela 5

Análise de regressão logística bivariada, tendo como variáveis independentes a escolaridade e o estado civil maternos, a classe socioeconômica e a renda mensal familiar, e como variável dependente as classificações quanto ao comportamento das crianças em Sem dificuldade ou Com dificuldade, no SDQ – Escore Total de Dificuldades (n = 50)

	SDQ Total Dificuldades		Total	OR Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Sem Dif.	Com Dif.				
	f (%)	f (%)				
Mãe						
Escolaridade						
≤ 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	9 (18,00)	8 (16,00)	17 (34,00)	1,368	(0,420 ; 4,455)	
Família						
Classe Socioeconômica						
A e B	13 (26,00)	6 (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)	7 (14,29)	22 (44,90)	1,000	Referência	

Nota. *p-valor referente ao teste Exato de Fisher / $p \leq 0,05$; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de Confiança com 95%; Dif. = Dificuldade.

Por meio da análise de regressão logística bivariada, após os ajustes em relação ao Escore Total de Dificuldades do SDQ por escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar, não foi verificada a presença de diferença estatisticamente significativa com relação a nenhuma dessas variáveis. Constatou-se assim que as crianças de G1, em comparação às crianças de G2, apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais, independentemente das variáveis sociodemográficas testadas.

Tabela 6

Análise de regressão logística bivariada, tendo como variáveis independentes: a escolaridade e o estado civil maternos, a classe socioeconômica e a renda mensal familiar, e como variável dependente as classificações quanto ao comportamento das crianças em Sem dificuldade ou Com dificuldade, no SDQ – Escore da Escala Sintomas Emocionais (n = 50)

	SDQ Sintomas Emocionais		Total	OR Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Sem Dif.	Com Dif.				
	f (%)	f (%)				
Mãe						
Escolaridade						
≤ 8 anos	7 (14,00)	24 (48,00)	31 (62,00)	3,086	(0,899 ; 10,587)	0,1171
> 8 anos	9 (18,00)	10 (20,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	
Estado Civil						
Monoparental	10 (20,00)	23 (46,00)	33 (66,00)	1,255	(0,363 ; 4,341)	0,7568
Biparental	6 (12,00)	11 (22,00)	17 (34,00)	1,000	Referência	
Família						
Classe Socioeconômica						
A e B	7 (14,00)	12 (24,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	0,7556
C e D	9 (18,00)	22 (44,00)	31 (62,00)	1,426	(0,424 ; 4,794)	
Renda Mensal						
< 3 salários mínimos	8 (16,33)	19 (38,78)	27 (55,10)	1,108	(0,327 ; 3,752)	1,0000
≥ 3 salários mínimos	7 (14,29)	15 (30,61)	22 (44,90)	1,000	Referência	

Nota. *p-valor referente ao teste Exato de Fisher / $p \leq 0,05$; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de Confiança com 95%; Dif. = Dificuldade.

Após os ajustes em relação ao escore na Escala Sintomas Emocionais do SDQ em relação a escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar, por meio da análise de regressão logística bivariada, não foi identificada a presença de diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se assim que as crianças de G1, em comparação às crianças de G2, apresentaram mais indicadores de sintomas emocionais, independentemente das variáveis sociodemográficas testadas.

Tabela 7

Análise de regressão logística bivariada, tendo como variáveis independentes a escolaridade e o estado civil maternos, a classe socioeconômica e a renda mensal familiar, e como variável dependente as classificações quanto ao comportamento das crianças em Sem dificuldade ou Com dificuldade, no SDQ – Escore da Escala Relacionamento com Colegas (n = 50)

	SDQ Relacionamento com Colegas		Total	OR Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Sem Dif.	Com Dif.				
	f (%)	f (%)				
Mãe						
Escolaridade						
≤ 8 anos	19 (38,00)	12 (24,00)	31 (62,00)	3,368	(0,807 ; 14,065)	0,1171
> 8 anos	16 (32,00)	3 (6,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	
Estado Civil						
Monoparental	24 (48,00)	9 (18,00)	33 (66,00)	1,000	Referência	0,7455
Biparental	11 (22,00)	6 (12,00)	17 (34,00)	1,455	(0,414 ; 5,105)	
Família						
Classe						
Socioeconômica						
A e B	15 (30,00)	4 (8,00)	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)	4 (8,16)	22 (44,90)	1,000	Referência	

Nota. *p-valor referente ao teste Exato de Fisher / $p \leq 0,05$; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de Confiança com 95%; Dif. = Dificuldade.

Por meio da análise de regressão logística bivariada, após os ajustes em relação ao escore na Escala Relacionamento com Colegas do SDQ por escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar, não foi verificada a presença de diferenças estatisticamente significativas. Constatou-se assim que as crianças de G1, em comparação às crianças de G2, apresentaram mais indicadores de relacionamento com colegas, independentemente das variáveis sociodemográficas testadas.

4.2.2 Indicadores relativos às condições de risco – Eventos adversos, adversidades crônicas e estressores

As comparações entre os grupos referentes aos eventos adversos (EEA) e às adversidades crônicas (EAC) estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8

Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto aos eventos adversos (EEA) e às adversidades crônicas (EAC) (n = 100)

Escala	G1 (n = 50)		G2 (n = 50)		Valor do Teste	p-valor*
	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)		
EEA	14,08 (5,12)	14,00 (6,00-26,00)	8,38 (4,08)	8,00 (2,00-20,00)	-6,16	<0,0001*
EAC	3,92 (1,82)	4,00 (1,00-10,00)	2,22 (1,61)	2,00 (0,00-5,00)	-4,96	<0,0001*

Nota. *p-valor referente ao Teste *t*-Student / $p \leq 0,05$; DP = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2 nas duas escalas relativas às condições de risco. A média e a mediana de G1 foram maiores que as de G2 tanto para a presença de eventos adversos quanto para as adversidades crônicas.

Em relação aos Estressores (múltiplos indicadores), as comparações entre os grupos estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9

Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto aos Estressores (n = 100)

Estressores	G1 (n = 50)		G2 (n = 50)		Valor do Teste	p-valor*
	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)		
Total Geral	29,63 (8,33)	29,69 (12,50-48,44)	17,91 (8,12)	18,75 (3,13-43,75)	7,13	<0,0001*
Contexto geral	36,78 (13,13)	38,89 (16,67-61,11)	25,67 (12,34)	27,78 (5,56-77,78)	4,36	<0,0001*
Contexto familiar	19,08 (9,93)	16,67 (0,00-45,83)	12,67 (9,49)	8,33 (0,00-41,67)	3,30	0,0013*
Situações crianças	38,20 (17,69)	40,00 (0,00-80,00)	21,00 (15,81)	20,00 (0,00-50,00)	5,13	<0,0001*
Interações familiares	32,83 (19,95)	33,33 (0,00-83,33)	14,17 (15,82)	8,33 (0,00-50,00)	5,18	<0,0001*

Nota. *p-valor referente ao Teste *t*-Student / $p \leq 0,05$; DP = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Verificou-se diferenças estatísticas significativas entre os grupos para o total geral e para as quatro categorias (contexto geral, contexto familiar, situações relacionadas às crianças e interações familiares) dos Estressores. Observou-se que a média e a mediana de G1 foram maiores que as de G2 para o total geral, bem como para todas as categorias.

4.2.3 Indicadores relativos às condições de proteção – Recursos do ambiente familiar, práticas parentais positivas e suporte social

A Tabela 10 apresenta as comparações entre G1 e G2 referentes aos recursos do ambiente familiar (RAF).

Tabela 10

Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto aos recursos do ambiente familiar (RAF)
(*n* = 100)

Escala	G1 (n = 50)		G2 (n = 50)		Valor do Teste	p-valor*
	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)		
RAF	57,76 (10,49)	58,53 (30,53-75,87)	62,12 (8,66)	63,21 (41,33-82,68)	2,26	0,0258*

Nota. *p-valor referente ao Teste *t*-Student / $p \leq 0,05$; DP = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Quando os grupos foram comparados em relação aos recursos do ambiente familiar (RAF), verificou-se com diferença estatística significativa, que a média e mediana de G1 foram menores que as de G2.

As comparações entre os grupos quanto às Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) estão apresentadas na Tabela 11.

Tabela 11

Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto às Práticas Parentais Positivas (n = 100)

Práticas Parentais Positivas	G1 (n = 50)		G2 (n = 50)		Valor do Teste	p-valor*
	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)		
Total Geral	70,86 (11,51)	71,43 (46,43-92,86)	72,93 (11,59)	76,79 (32,14-85,71)	-0,90	0,3721
Cuidados e rotinas	69,29 (12,85)	71,43 (35,71-92,86)	63,29 (14,50)	64,29 (21,43-92,86)	2,19	0,0309*
Limites e regras	69,00 (25,28)	75,00 (12,50-100,00)	77,00 (20,10)	75,00 (12,50-100,00)	-1,75	0,0830
Sensibilidade ao outro	77,00 (18,41)	83,33 (33,33-100,00)	90,00 (13,88)	100,00 (33,33-100,00)	-3,99	<0,0001*

Nota. *p-valor referente ao Teste *t*-Student / $p \leq 0,05$; DP = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre os grupos para as categorias: cuidados e rotinas e sensibilidade ao outro. Observou-se que G1 em comparação ao G2 apresentou, com significância estatística, menos indicadores de sensibilidade ao outro e mais cuidados e rotinas. As médias obtidas por G1 foram menores que as de G2 para o total geral e para a categoria limites e regras, embora sem significância estatística.

Quanto ao Suporte Social (Entrevista), as comparações entre os grupos estão apresentadas na Tabela 12.

Tabela 12

Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto ao Suporte Social (n = 100)

Suporte Social	G1 (n = 50)		G2 (n = 50)		Valor do Teste	p-valor*
	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)		
Total Geral	33,19 (9,32)	34,62 (7,69-53,85)	37,14 (8,27)	37,91 (18,68-54,95)	-2,24	0,0270*
Serviços da comunidade	68,14 (17,45)	71,43 (0,00-100,00)	69,00 (20,89)	71,43 (7,14-100,00)	-0,22	0,8243
Rede de apoio	26,83 (9,72)	27,27 (9,09-53,25)	31,35 (8,94)	31,17 (9,09-50,65)	-2,42	0,0174*

Nota. *p-valor referente ao Teste *t*-Student / $p \leq 0,05$; DP = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Foram detectadas diferenças estatísticas significativas entre os grupos para o total geral e para a categoria rede de apoio, sendo a média e a mediana de G1 menores que as de G2, para o total geral e a rede de apoio. Em relação à categoria serviços da comunidade, a média obtida por G1, em comparação a de G2, foi menor, mas sem significância estatística.

Ainda, comparou-se G1 e G2 quanto ao agrupamento do total geral das Práticas Parentais Positivas com o total geral do Suporte Social, denominado indicadores de proteção, como apresentado na Tabela 13.

Tabela 13

Comparações entre os grupos (G1 e G2) quanto aos indicadores de proteção (n = 100)

Indicadores de Proteção	G1 (n = 50)		G2 (n = 50)		Valor do Teste	p-valor*
	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)		
	42,41 (8,24)	44,07 (20,34- 63,56)	45,95 (7,89)	46,19 (27,12- 58,47)	-2,20	0,0305*

Nota. *p-valor referente ao Teste *t*-Student / $p \leq 0,05$; DP = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Com relação aos indicadores de proteção, expressos pelo agrupamento de Práticas Parentais Positivas e Suporte Social, verificou-se diferença estatística significativa entre os grupos, sendo os valores obtidos por G1 menores que os de G2.

4.3 Correlações entre as variáveis

Apresentar-se-ão as correlações significativas entre os indicadores comportamentais das crianças e as variáveis do estudo, discriminando-se os dois grupos.

As correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e os Estressores (múltiplos indicadores) apresentadas por G1 encontram-se na Tabela 14.

Tabela 14

Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e os Estressores (múltiplos indicadores) para G1 (n = 50)

Indicadores Comportamentais (SDQ)	Estressores	r	p-valor*
<i>Total Dificuldades ↑</i>	<i>Situações crianças ↑</i>	0,335	0,0173*
<i>Hiperatividade ↑</i>	<i>Situações crianças ↑</i>	0,305	0,0311*

Nota. r = Correlação de Pearson / $p \leq 0,05$; ↑ = Aumentando; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente.

Foram observadas duas correlações significativas moderadas para G1. Neste grupo, mais indicadores de dificuldades comportamentais e sintomas de hiperatividade foram correlacionados positivamente a situações estressoras relativas às crianças, englobando conforme a definição da categoria situações estressoras relativas aos relacionamentos interpessoais, à saúde e à escola.

As correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e os Estressores (múltiplos indicadores) apresentadas por G2 encontram-se na Tabela 15.

Tabela 15

Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e os Estressores (múltiplos indicadores) para G2 (n = 50)

Indicadores Comportamentais (SDQ)	Estressores	r	p-valor*
<i>Total Dificuldades</i> ↑	<i>Contexto geral</i> ↑	0,290	0,0410*
<i>Sintomas Emocionais</i> ↑	<i>Total Geral</i> ↑	0,297	0,0357*
<i>Problemas de Conduta</i> ↑	<i>Total Geral</i> ↑	0,411	0,0030*
	<i>Contexto familiar</i> ↑	0,284	0,0453*
<i>Relacionamento com Colegas</i> ↑	<i>Total Geral</i> ↑	0,301	0,0336*
	<i>Situações crianças</i> ↑	0,310	0,0283*

Nota. r = Correlação de Pearson / $p \leq 0,05$; ↑ = Aumentando; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Foram observadas seis correlações significativas moderadas para G2. Para este grupo, praticamente todos os indicadores comportamentais de dificuldades apresentaram correlação positiva com os Estressores, exceto hiperatividade. Observou-se que as crianças desse grupo que apresentaram mais indicadores de sintomas emocionais, de problemas de conduta e de relacionamento com colegas apresentaram também mais indicadores de exposição aos Estressores total geral. Ainda, as crianças com mais indicadores de problemas de conduta apresentaram mais indicadores de Estressores do contexto familiar e das interações familiares.

Ademais, crianças pertencentes ao G2 com mais indicadores de dificuldades comportamentais tiveram mais indicadores de Estressores do contexto geral. Verificou-se também que as crianças de G2 com mais indicadores de problemas de relacionamento com os colegas apresentaram mais indicadores de Estressores relativos a categoria situações relacionadas às crianças, englobando relacionamentos interpessoais, saúde e escola.

Não foi observada nenhuma correlação significativa entre os indicadores comportamentais (SDQ) e as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) para G1.

A Tabela 16 apresenta as correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) para G2.

Tabela 16

Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) para G2 (n = 50)

Indicadores Comportamentais (SDQ)	Práticas Parentais Positivas	r	p-valor*
<i>Problemas de Conduta</i> ↑	<i>Total Geral</i> ↓	-0,354	0,0116*
	<i>Sensibilidade ao outro</i> ↓	-0,365	0,0090*

Nota. r = Correlação de Pearson / $p \leq 0,05$; ↑ = Aumentando; ↓ = Diminuindo; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Verificaram-se duas correlações significativas negativas, classificadas como moderadas, para o G2, ou seja, crianças com mais indicadores de problemas de conduta apresentaram menos indicadores de Práticas Parentais Positivas total geral e de sensibilidade ao outro.

As correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e o Suporte Social (Entrevista) para G1 estão apresentadas na Tabela 17.

Tabela 17

Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e o Suporte Social (Entrevista) para G1 (n = 50)

Indicadores Comportamentais (SDQ)	Suporte Social	r	p-valor*
<i>Total</i>	<i>Total Geral ↓</i>	-0,286	0,0439*
<i>Dificuldades ↑</i>	<i>Rede de apoio ↓</i>	-0,329	0,0194*
<i>Sintomas Emocionais ↑</i>	<i>Total Geral ↓</i>	-0,399	0,0041*
	<i>Rede de apoio ↓</i>	-0,450	0,0010*

Nota. r = Correlação de Pearson / $p \leq 0,05$; ↑ = Aumentando; ↓ = Diminuindo;
G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente.

Foram detectadas quatro correlações significativas negativas para o G1, sendo classificadas como moderadas. Nesse grupo, o total de dificuldades e sintomas emocionais correlacionaram-se inversamente Suporte Social total geral e da rede de apoio. As crianças com mais indicadores de dificuldades comportamentais tiveram menos indicadores de Suporte Social total geral e da rede de apoio. Além disso, as crianças que apresentaram mais indicadores de sintomas emocionais apresentaram também menos indicadores de Suporte Social total geral, bem como menos indicadores de suporte da rede de apoio. Para G2 não foram observadas correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e o Suporte Social (Entrevista).

Não foi verificada nenhuma correlação significativa para G1 entre os Estressores (múltiplos indicadores) e as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores).

A Tabela 18 mostra as correlações significativas entre os Estressores (múltiplos indicadores) e as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) para G2.

Tabela 18

Correlações significativas entre os Estressores (múltiplos indicadores) e as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) para G2 (n = 50)

Estressores	Práticas Parentais Positivas	r	p-valor*
<i>Total Geral ↑</i>	<i>Total Geral ↓</i>	-0,319	0,0239*
<i>Contexto geral ↑</i>	<i>Total Geral ↓</i>	-0,401	0,0038*
	<i>Cuidados e rotinas ↓</i>	-0,478	0,0004*

Nota. r = Correlação de Pearson / $p \leq 0,05$; ↑ = Aumentando; ↓ = Diminuindo;
G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Verificaram-se três correlações significativas negativas para o G2, sendo classificadas como moderadas. As crianças de G2 com mais indicadores de Estressores total geral apresentaram menos indicadores de Práticas Parentais Positivas total geral. Ainda as crianças pertencentes a esse grupo com mais indicadores de Estressores referentes ao contexto geral tiveram menos indicadores de Práticas Parentais Positivas total geral e de cuidados e rotinas.

As correlações significativas entre os Estressores (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista) para G1 estão apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19

Correlações significativas entre os Estressores (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista) para G1 (n = 50)

Estressores	Suporte Social	r	p-valor*
<i>Total Geral ↑</i>	<i>Total Geral ↓</i>	-0,435	0,0016*
	<i>Rede de apoio ↓</i>	-0,462	0,0007*
<i>Contexto familiar ↑</i>	<i>Total Geral ↓</i>	-0,426	0,0020*
	<i>Rede de apoio ↓</i>	-0,409	0,0031*
<i>Interações familiares ↑</i>	<i>Total Geral ↓</i>	-0,306	0,0302*
	<i>Rede de apoio ↓</i>	-0,325	0,0210*

Nota. r = Correlação de Pearson / $p \leq 0,05$; ↑ = Aumentando; ↓ = Diminuindo;
G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente.

Foram detectadas seis correlações significativas negativas moderadas para G1. Observou-se que Estressores total geral, do contexto familiar e das interações familiares correlacionaram-se inversamente ao Suporte Social total geral e da rede de apoio.

As crianças de G1 com mais indicadores de Estressores total geral tiveram menos indicadores de Suporte Social total geral e da rede de apoio. As crianças desse grupo com mais indicadores de Estressores do contexto familiar também apresentaram menos indicadores de Suporte Social total geral e da rede de apoio. Ainda as crianças de G1 com mais indicadores de Estressores relativos às interações familiares apresentaram menos indicadores de Suporte Social total geral e da rede de apoio. Para G1 não foram observadas correlações significativas entre as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista). Não foi observada nenhuma correlação significativa entre os Estressores (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista) para G2.

Para G1 não foram observadas correlações significativas entre as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista).

A Tabela 20 mostra as correlações significativas entre as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista) para G2.

Tabela 20

Correlações significativas entre as Práticas Parentais Positivas (múltiplos indicadores) e o Suporte Social (Entrevista) para G2 (n = 50)

Práticas Parentais Positivas	Suporte Social	r	p-valor*
<i>Total Geral ↓</i>	<i>Total Geral ↓</i>	0,398	0,0041*
	<i>Rede de Apoio ↓</i>	0,422	0,0023*
<i>Cuidados e Rotinas ↓</i>	<i>Total Geral ↓</i>	0,448	0,0011*
	<i>Rede de Apoio ↓</i>	0,465	0,0007*

Nota. r = Correlação de Pearson / $p \leq 0,05$; ↓ = Diminuindo; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Detectaram-se quatro correlações significativas positivas para G2, as quais são classificadas como moderadas. As Práticas Parentais Positivas total geral e de cuidados e rotinas correlacionou-se positivamente ao Suporte Social total geral e da rede de apoio. Dessa forma, as crianças de G2 com menos indicadores de Práticas Parentais Positivas total geral, apresentaram menos indicadores de Suporte Social total geral e da rede de apoio. Ademais, as crianças desse grupo com menos indicadores de cuidados e rotinas também tiveram menos indicadores de Suporte Social total geral e da rede de apoio.

5 DISCUSSÃO

Os dados serão discutidos tendo como norteador os objetivos do estudo, que serão tratados em dois tópicos como descritos a seguir. O primeiro apresentará a análise dos dados do estudo de comparação entre G1 e G2, abrangendo: (a) as características sociodemográficas da amostra; (b) os indicadores comportamentais das crianças; (c) as condições de risco – eventos adversos, adversidades crônicas e estressores; e (d) as condições de proteção – recursos do ambiente familiar, práticas parentais positivas e suporte social. O segundo tópico apresentará a análise do estudo correlacional, no qual serão abordados os dados de ambos os grupos referentes às correlações entre os indicadores comportamentais das crianças e as variáveis: estressores, práticas parentais positivas e suporte social, e ainda as correlações, entre os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social.

5.1 Estudo de comparação entre os grupos

5.1.1 Características sociodemográficas da amostra

De modo a contextualizar o estudo, destacar-se-á o perfil sociodemográfico das mulheres/mães, crianças e famílias, comparando o grupo de díades mães-crianças cujas mães tiveram diagnóstico de depressão recorrente (G1) e o de díades cujas mães não apresentaram depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos (G2). Em relação ao perfil demográfico das crianças, verificou-se uma distribuição similar quanto à idade, à escolaridade e ao gênero, sendo que nenhuma dessas variáveis apresentou diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos, o que evidencia uma homogeneidade da amostra conforme os critérios de inclusão. Tal homogeneidade propiciou a comparação entre os grupos tendo por base a convivência ou não com mães com diagnóstico de depressão recorrente, enquanto foco principal do estudo.

No que se refere ao perfil sociodemográfico das mulheres/mães, foi observado também um perfil semelhante entre os grupos quanto à idade (faixa etária entre 36 e 45 anos), à ocupação (assalariadas) e ao número de filhos (um a três filhos), não sendo detectadas diferenças estatisticamente significativas para essas variáveis. Quanto à escolaridade materna e ao estado civil, foram identificadas diferenças estatísticas significativas na comparação entre os grupos. Entretanto, com base na análise de regressão logística bivariada verificou-se que o

menor nível de escolaridade (até oito anos de estudo formal) e a ausência de companheiro para a maioria das mães de G1 não influenciaram, de forma significativa, os indicadores comportamentais das crianças.

Em relação à classificação socioeconômica e à renda mensal das famílias, foi observado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com o predomínio em G1 de famílias pertencentes às classes C e D e com renda menor que três salários mínimos por mês. De modo semelhante às variáveis escolaridade e ausência de companheiro, foi verificado, com base na análise de regressão logística bivariada, que a classificação socioeconômica e a renda mensal também não influenciaram, de forma significativa, os indicadores comportamentais das crianças.

Analisando-se as variáveis do perfil sociodemográfico, verificou-se que as famílias de G1 apresentaram menos recursos que as de G2, contudo, por meio da análise bivariada pode-se constatar que a depressão materna foi a variável que diferenciou os grupos quanto ao comportamento das crianças. Tal dado é concordante com a literatura, que tem considerado a convivência com a depressão materna, por si só, uma condição de adversidade, com impacto negativo para o desenvolvimento das crianças, potencializando dificuldades comportamentais e emocionais (Elgar et al., 2004; Mian et al., 2009).

A convivência com a depressão materna foco de interesse do presente estudo e condição necessária para inclusão das díades em G1, somada às outras variáveis sociodemográficas de risco, apontaram para uma diversidade de fatores que favoreceram a exposição das crianças desse grupo a condições de vida adversas. Tal constatação é concordante com estudos prévios que verificaram que crianças que convivem com mães com depressão, em comparação a crianças filhas de mães sem histórico psiquiátrico, são expostas a mais eventos de vida estressantes (Lopez-Duran et al., 2012; Mendes et al., 2008).

Os menores níveis de escolaridade e socioeconômicos, predominantes no perfil sociodemográfico de G1, apresentaram associação com transtorno depressivo no estudo de Andrade et al. (2012). De acordo com Vitolo et al. (2005), o baixo nível socioeconômico também associou-se a mais problemas de saúde mental por parte das crianças. Além disso, a baixa escolaridade materna e a baixa renda familiar foram apontadas no estudo de Lengua et al. (2008) como uma condição de risco que apresentou associação positiva e significativa com mais problemas internalizantes e externalizantes para crianças no início da adolescência. Ainda em relação à baixa renda familiar, outros estudos identificaram a associação com mais problemas de comportamento externalizante para crianças (Anhalt et al., 2007) e mais sintomas depressivos maternos (Gerkenmeyer et al., 2011).

Outra questão a ser analisada em relação às características sociodemográficas das mães de G1 refere-se ao estado civil, visto que a maioria delas referiu ser solteira, separada, desquitada ou viúva, caracterizando uma condição de vida em que são as cuidadoras principais e exclusivas de seus filhos. Tal dado sugere a menor probabilidade dessas mães contarem com o suporte social de um companheiro, corroborando com dados do estudo de Campbell et al. (2007), no qual foi verificado que mães com depressão crônica apresentaram menor probabilidade de estabilidade conjugal, ou seja, de contar com o suporte do cônjuge. O baixo suporte dos pais em famílias afro-americanas cujas mães eram solteira foi relatado por Parent et al. (2013), que constataram ainda, que as avós, as tias e as amigas da família forneceram significativamente mais suporte instrumental para essas famílias, em comparação ao suporte fornecido pelos pais biológicos das crianças. Nesse sentido, o predomínio de cuidados monoparentais foi identificado como tendo influência negativa para os desfechos desenvolvimentais de crianças que convivem com a depressão materna, tal como relatado na metanálise de Goodman et al. (2011).

Em contrapartida, outros estudos verificaram que o suporte fornecido pelo cônjuge moderou a gravidade da sintomatologia da depressão materna e, conseqüentemente, atenuou o impacto dessa condição para as crianças (Talati et al., 2007) e ainda o envolvimento positivo do pai no cuidado com os filhos moderou o efeito da depressão materna para os problemas comportamentais desses (Chang et al., 2007). No presente estudo, o predomínio de famílias monoparentais em G1 pode ter se constituído em um fator de risco adicional para o desenvolvimento das crianças, podendo ter contribuído para o aumento do impacto das outras condições contextuais de risco, sobretudo para a condição de convivência com a depressão materna.

Analisando-se os dados do perfil clínico quanto ao diagnóstico das mulheres/mães de G1, seguindo o critério de inclusão do estudo, todas apresentaram Transtorno Depressivo Recorrente e os sintomas estavam em remissão nos últimos seis meses, sendo que o último episódio foi moderado para a maioria delas, tendo por base a avaliação sistemática por instrumento diagnóstico (SCID). Nesse sentido, pode-se considerar uma certa homogeneidade da amostra clínica do presente estudo em relação às manifestações sintomáticas.

A recorrência dos sintomas depressivos para as mães de G1 pode ter influenciado negativamente o nível de escolaridade e a capacidade laboral dessas. Conforme foi verificado, a maioria das mães desse grupo relataram ter menos de oito anos de estudo e 46% referiram não exercer atividade remunerada ou contar apenas com benefício institucional para a manutenção da família. Tais dados são concordantes com o estudo de Giallo et al. (2014), no

qual a recorrência e a gravidade da depressão materna demonstraram associação com a não conclusão do ensino médio por parte das mães, e podem ser pensados sob o enfoque dos apontamentos da OMS (2009) quanto ao impacto do transtorno depressivo para a qualidade de vida dos indivíduos, podendo afetar inclusive a produtividade no trabalho. Pode-se supor ainda que o não exercício de trabalho remunerado por parte de parcela expressiva das mães de G1 pode também ter colaborado para menor renda familiar, que teve por referência a renda total das famílias, ou seja, a somatória dos ganhos mensais de todos os membros da família nuclear.

Outro ponto a ser analisado diz respeito a característica clínica do transtorno depressivo, dado que o critério para inclusão das mães de G1 exigia a recorrência do transtorno depressivo, pode se pensar que as crianças desse grupo foram expostas à sintomatologia característica da depressão materna em momentos diversos do seu desenvolvimento. Vários estudos que enfocaram o período de exposição das crianças à depressão materna, constataram um impacto negativo para o desenvolvimento das mesmas, independentemente da idade em que foram expostas (Bagner et al., 2010; Feng et al., 2008; Leis et al., 2014; Shaw et al., 2012; Van der Molen et al., 2011).

Em relação à gravidade do transtorno depressivo, alguns estudos ao examinarem o perfil clínico das mães detectaram que filhos de mães com trajetória grave e crônica em comparação aos de mães com trajetória moderada ou leve apresentaram significativamente mais problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes (Ashman et al., 2008; Campbell et al., 2007; Gross et al., 2009). No presente estudo, embora a minoria das mães tenha apresentado o último episódio classificado como grave, todas tiveram uma trajetória crônica da depressão, visto que foram diagnosticadas com Transtorno Depressivo Recorrente, o que caracteriza uma trajetória marcada por recidivas, favorecedora de mais problemas por parte das crianças.

Ao se deter no perfil clínico das mães de G1 faz-se necessário analisar a possibilidade destas serem boas informantes, o que remete ao critério de inclusão/exclusão das mesmas ter exigido estarem em remissão dos sintomas depressivos, nos últimos seis meses anteriores à coleta de dados, tendo por objetivo tornar as avaliações das mesmas menos influenciadas pela sintomatologia depressiva do momento, visando maior aproximação com a condição de avaliação das mães de G2. De certo modo, tal controle metodológico referenda a possibilidade dessas mães serem boas informantes sobre o comportamento dos seus filhos, pois segundo Callender et al. (2012), quando da vigência atual da depressão, pais e mães tendem a apresentarem uma avaliação mais negativa em relação ao comportamento de seus filhos.

Outro controle metodológico adotado neste estudo foi o critério de exclusão para as mulheres/mães de G1 da presença do diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos, segundo a avaliação da SCID. Dessa forma, a influência do transtorno depressivo materno com outras comorbidades não pode ser analisada, por outro lado, tal critério permitiu uma melhor caracterização da influência da condição de convivência com a depressão materna. Outros estudos colocaram em evidência a importância da identificação de transtornos de ansiedade em comorbidade com a depressão materna ao verificarem que a presença de ambas as psicopatologias contribuíram tanto para o agravamento da depressão das mães (Boyd & Tervo-Clemmens, 2013) quanto dos problemas comportamentais das crianças (Karevold et al., 2009), o que não se aplica ao estudo em questão.

Assim, na comparação entre G1 e G2 foram evidenciadas diferenças significativas relativas às características sociodemográficas das díades que conviviam com a depressão materna, em comparação àquelas que não conviviam com essa ou qualquer outra psicopatologia materna. Tais evidências são concordantes com estudos prévios, que verificaram que crianças filhas de mães com depressão estão expostas também a outros riscos que podem favorecer desfechos desenvolvimentais negativos por parte das crianças (Barker et al., 2012; Halpern & Figueiras, 2004).

O presente estudo tomou como medida de comparação desenvolvimental das crianças os indicadores comportamentais, sendo que a análise específica da comparação entre os grupos, quanto a tais indicadores, será apresentada no tópico seguinte.

5.1.2 Indicadores comportamentais das crianças

Os indicadores comportamentais das crianças foram mensurados por meio do instrumento de rastreamento SDQ, o qual foi respondido pelas mães. Neste estudo, o comportamento das crianças foi considerado a medida de comparação do desenvolvimento das crianças, o que se reveste de importância no período escolar, pois tal variável permite a avaliação do sucesso ou fracasso em uma das principais tarefas de desenvolvimento desse período, ou seja, a socialização (Marturano & Loureiro, 2003).

Na comparação entre os grupos relativa aos escores nas Escalas e no Total de Dificuldades do SDQ, foram observados escores maiores para as crianças de G1 em todas as Escalas indicadoras de problemas e no Total de Dificuldades, e identificadas diferenças

estatísticas significativas quanto ao Total de Dificuldades e em três Escalas, a saber: Sintomas Emocionais, Hiperatividade e Relacionamento com Colegas. Tais dados corroboram outros estudos (Bagner et al., 2010; Barker et al., 2012; Garber & Little, 1999; Gravener et al., 2011; Fanti & Henrich, 2010; Jaser et al., 2008), que verificaram que filhos de mães com depressão apresentaram significativamente mais problemas internalizantes e externalizantes.

Faz-se necessário destacar que as crianças de G1 apresentaram a maior média de problemas no SDQ em relação aos sintomas emocionais, os quais são considerados internalizantes. Na literatura, os problemas internalizantes foram apontados como mais prováveis para filhos de mães com depressão (Bee, 2003; Feng et al., 2008; Ferriolli et al., 2007), e no estudo de Fanti e Henrich (2010), a depressão materna foi identificada como o único fator de risco associado aos problemas internalizantes, por parte dos filhos. Nesse sentido, os maiores níveis de sintomas emocionais para as crianças de G1, em comparação aos demais problemas avaliados pelo SDQ, de certo modo evidenciaram uma maior influência da depressão materna para os problemas internalizantes por parte dessas crianças.

As crianças de G1 também apresentaram mais sintomas de hiperatividade, considerados um problema referente à dificuldade de atenção, mais frequente para crianças filhas de pais com habilidades parentais pouco eficientes (Bee, 2003) e identificados em outros dois estudos enquanto problema para crianças expostas a depressão materna (Ashman et al., 2008; Galéra et al., 2011).

Além disso, as crianças de G1 tiveram mais problemas de relacionamento com os colegas, os quais são considerados externalizantes. De acordo com Bee (2003), as crianças com problemas externalizantes, em geral, foram expostas desde o início da infância a situações de vulnerabilidade, o que foi o caso das crianças desse grupo que provavelmente além de conviverem com a depressão materna desde os primeiros anos de vida, foram expostas também a outros fatores de risco associados a essa condição das mães, que favorecem resultados desenvolvimentais negativos. Nesse sentido, pode-se destacar o estudo de Anhalt et al. (2007), que apontou que a baixa renda familiar foi associada a mais problemas externalizantes para filhos de mães com depressão, sendo a baixa renda, no presente estudo, detectada também com mais frequência para G1, caracterizando mais uma condição de risco.

Apesar de não ter sido detectada diferença estatisticamente significativa, na comparação entre os grupos, em relação à Escala de Comportamentos Pró-Sociais, observou-se uma tendência à diferença, com G1 apresentando escores mais baixos nesta escala de capacidade do SDQ, o que sugere que além de mais problemas, as crianças desse grupo tendem a terem menos recursos. Tal dado é concordante com os estudos de Garber e Little

(1999) e Kersten-Alvarez et al. (2012), nos quais verificou-se que as crianças quando da convivência com a depressão materna apresentaram maiores déficits de competência social.

Com relação às comparações entre G1 e G2 tendo por referência as classificações dos escores em *Sem dificuldade* ou *Com dificuldade*, foram identificadas diferenças estatísticas significativas quanto ao Total de Dificuldades e em duas Escalas relativas às dificuldades: Sintomas Emocionais e Relacionamento com Colegas. As crianças de G1 apresentaram 3,2 vezes mais chances de apresentarem indicadores de dificuldades comportamentais (considerando o escore total do SDQ) e 6,7 vezes mais chances de terem sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os colegas em comparação as crianças de G2. Considerando-se a presença de mais dificuldades no relacionamento com os pares por parte das crianças de G1, pode-se supor que essas estão mais suscetíveis ao fracasso na tarefa de socialização. Ademais, é possível que os elevados níveis de sintomas emocionais apresentados pelas crianças desse grupo contribuam para o agravamento das dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Destaca-se que no presente estudo, tendo por referência o Total de Dificuldades no SDQ, constatou-se que 30% da amostra total de crianças foi classificada *Com dificuldades*, o que pode ser considerado uma taxa elevada de problemas de comportamento, posto que foi superior ao apontado em estudos nacionais de prevalência, que também utilizaram o SDQ e identificaram taxas de 12,5% (Paula et al., 2008), 15% (Fleitlich & Goodman, 2000) e 18,7% (Cury & Golfeto, 2003). Entretanto, tomando-se por base as taxas de problemas comportamentais para cada grupo separadamente, 42% das crianças de G1 e 18% das de G2 foram classificadas *Com dificuldades* no Total de Dificuldades. Verificou-se assim, que a taxa de problemas comportamentais para as crianças de G2 aproximou-se da identificada no cenário brasileiro pelos referidos estudos conduzidos com o SDQ em amostras da comunidade, colocando em foco as diferenças relacionadas à convivência com a depressão materna.

Ressalta-se que as crianças de G1, em comparação às crianças de G2, apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais, independentemente das variáveis sociodemográficas testadas, o que pode ser constatado por meio da análise de regressão logística bivariada, o que colocou em evidência a influência da depressão materna para os problemas de comportamento das crianças. Além disso, embora tais variáveis não tenham influenciado os indicadores comportamentais das crianças, a menor escolaridade materna, a monoparentalidade, a menor renda e o menor nível socioeconômico de G1 evidenciaram que as famílias desse grupo dispunham de menos recursos.

Faz-se importante também destacar que não foi a totalidade das crianças de G1 que apresentou indicadores de dificuldades comportamentais, o que sugere a ocorrência de adaptação positiva mesmo frente à exposição à depressão materna, ou seja, algumas crianças estão respondendo positivamente a essa adversidade, o que é sugestivo de resiliência, tal como definido por Masten e Gewirtz (2006) e Walsh (2005). Pode-se supor que a presença de recursos de proteção possam estar favorecendo o enfrentamento do risco e, consequentemente, resultados adaptativos de tais crianças (Masten & Gewirtz, 2006; Pesce et al., 2004). Outros estudos também verificaram, no contexto de convivência com a depressão materna, que os desfechos negativos não são exclusivos, destacando os processos interacionais e os eventos familiares positivos como possíveis favorecedores de respostas adaptativas dos indivíduos frente às adversidades (Garber & Little, 1999; Goodman & Gotlib, 1999; Maia & Willians, 2005; Yunes, 2006).

No presente estudo, desenvolvido sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, buscou-se identificar de forma combinada condições de risco e de proteção no contexto familiar de convivência com mães com depressão recorrente que possam estar influenciando a adaptação ou as dificuldades das crianças estudadas, ou seja, a ausência ou a presença de problemas de comportamento, atendo-se assim à compreensão das múltiplas condições que favorecem a competência e/ou a disfunção ao longo do ciclo vital (Toth & Cicchetti, 2010).

A análise dos dados oriundos da comparação entre os grupos quanto aos indicadores de condições de risco será apresentada no próximo tópico.

5.1.3 Indicadores relativos às condições de risco

Quanto às condições de risco, o estudo teve como hipótese norteadora que o grupo de crianças filhas de mães com diagnóstico de depressão (G1) estariam expostas a mais eventos adversos, a mais adversidades crônicas e a mais estressores, em comparação ao grupo de crianças filhas de mães sem transtorno psiquiátrico (G2).

Na comparação entre os grupos, por meio das escalas específicas, relativas a estressores (EEA e EAC) foram detectadas diferenças estatísticas significativas, constatando-se que as mães de G1 referiram significativamente mais eventos adversos e adversidades crônicas incidindo sobre suas famílias.

Considerando-se o total de Estressores, foi verificado também um maior número desses no contexto familiar de G1 em comparação ao de G2 com diferença estatística significativa. Ademais, identificou-se a presença de significativamente mais estressores para G1 em relação a todos os domínios definidos para este estudo. Tais dados sinalizaram que as famílias de G1, em comparação as de G2, estavam expostas a múltiplos estressores, categorizados em quatro domínios distintos, referentes a situações: do contexto geral, do contexto familiar, relacionadas às crianças e relativas às interações familiares.

A constatação da presença de mais indicadores de condições de risco para G1 evidencia a exposição à depressão materna, como uma adversidade que traz consigo outros riscos, corroborando os estudos de Lopez-Duran et al. (2012) e Barker et al. (2012), nos quais foram identificados que as crianças, filhas de mães com depressão, em comparação às crianças filhas de mães sem depressão, vivenciaram um maior número de eventos de vida adversos. Tal dado é concordante também com os apontamentos de duas revisões da literatura, nas quais foi verificado que as crianças, no convívio com a depressão materna, estão expostas a uma variedade de estressores associados às manifestações características desse transtorno (Mendes et al., 2008), bem como a outras variáveis contextuais (Pizeta et al., 2013). Outros estudos também destacaram que o risco cumulativo, em geral presente na vida de famílias que convivem com a depressão materna, pode aumentar a probabilidade de prejuízos para o desenvolvimento das crianças (Halpern & Figueiras, 2004; Nicholson & Clayfield, 2004).

O presente estudo buscou examinar de forma combinada diversas variáveis contextuais, tanto de risco quanto de proteção, como condições associadas à depressão materna, visando verificar a influencia das mesmas para o comportamento infantil conforme recomendação da metanálise de Goodman et al. (2011).

Apresentar-se-á a seguir a discussão dos dados identificados nas comparações entre os grupos, quanto aos indicadores referentes às condições de proteção.

5.1.4 Indicadores relativos às condições de proteção

Quanto às condições de proteção, o estudo teve como hipótese norteadora que o grupo de crianças filhas de mães com diagnóstico de depressão (G1) contaria com menos recursos

do ambiente familiar, menos práticas parentais positivas e menos suporte social que grupo de crianças filhas de mães sem transtorno psiquiátrico (G2).

No que se refere aos indicadores de condições de proteção enquanto recursos do ambiente familiar, avaliados por meio de inventário específico (RAF), a comparação entre os grupos mostrou diferença estatística significativa, sendo que as mães de G1 referiram contar com menos recursos, o que também foi evidenciado quando da análise das características sociodemográficas dos grupos.

Na comparação entre os grupos, no que diz respeito às condições de proteção relativas a práticas parentais positivas, identificou-se diferença estatística significativa em dois domínios definidos para este estudo, a saber: cuidados e rotinas, e sensibilidade ao outro. Ao contrário da hipótese do presente estudo, G1 apresentou, em comparação ao G2, níveis significativamente maiores de práticas de cuidado e ainda de presença de rotinas para os filhos; divergindo também dos resultados do estudo de Leiferman (2002), que detectou a interferência da depressão materna no envolvimento da mãe com os cuidados cotidianos dos filhos, e do estudo de Elgar et al. (2007), no qual foi verificado que a depressão parental foi preditora da redução de cuidados e de pouco monitoramento das atividades das crianças.

Em relação a G1 ter apresentado menos indicadores de sensibilidade ao outro nas práticas parentais, pode se pensar que tal dado se relaciona ao transtorno depressivo das mães ter uma trajetória crônica, o que vai ao encontro da constatação de Campbell et al. (2007) em relação a mães com trajetória crônica e grave da depressão terem apresentado níveis mais baixos de sensibilidade na interação com os filhos. Nesse sentido, a cronicidade, em comum nos dois estudos, parece influenciar mais o comportamento das crianças, já que no presente estudo predominou quanto ao último episódio o nível de gravidade moderado, independentemente de manifestações anteriores de maior ou menor gravidade.

Diversos estudos têm verificado que os sintomas depressivos podem interferir negativamente no desempenho da função materna e na interação entre mães e filhos (Duggal et al., 2001; Mendes et al., 2012; Pizeta et al., 2013; Stein et al., 2012). No presente estudo ao se constatar para G1 a menor sensibilidade ao outro, pode se pensar na influência de tal condição para as interações mãe-filho e na possível dificuldade das mães com depressão em regular suas emoções, estando pouco disponíveis para os seus filhos, como sugerido por Psychogiou e Parry (2014). Ressalta-se ainda que no G1 verificou-se o predomínio de mães com baixa escolaridade, variável sociodemográfica apontada por Wang et al. (2013) como estando associada também a menor sensibilidade materna.

Faz-se necessário pontuar que o domínio sensibilidade ao outro incluiu além das atitudes maternas (divisão do tempo entre o trabalho e as necessidades familiares, e percepção da necessidade de ajuda por parte do filho), a disponibilidade do filho para as atividades e as pessoas. Pode-se supor que as crianças de G1 sofreram influência das interações negativas entre mãe e filho, presentes nas famílias que convivem com a depressão (Hammen, 2003; McCarty & McMahon, 2003) e da dificuldade das mães com depressão em prover atenção, carinho e afeto aos filhos (Shannon et al., 2007), por meio do processo de modelação, ou seja, tendo aprendido tais comportamentos que denotam menor disponibilidade por meio da observação do modelo materno.

Destaca-se que G1 e G2 não diferiram significativamente em relação ao total de práticas parentais positivas, nem quanto ao estabelecimento de limites e regras. Pode-se supor que isso tenha ocorrido em função das mães estarem em remissão dos sintomas depressivos há seis meses antes da participação neste estudo, o que é consonante com o relato de Foster, Webster et al. (2008) em relação a melhora da aceitação materna e dos relacionamentos mãe-filho e familiar, após três meses de tratamento farmacológico, com remissão dos sintomas depressivos maternos. Entretanto, a não diferenciação entre os grupos quanto às práticas de estabelecimento de limites e regras contrapõe-se a alguns estudos empíricos que detectaram a presença de práticas parentais mais punitivas (Callender et al., 2012; Drabick et al., 2006; Dubois-Comtois et al., 2013; Piché et al., 2011) e rígidas (Errázuriz et al., 2012; Wang et al., 2013) no cenário de convivência com a depressão materna. Ademais, as práticas parentais negativas não foram examinadas no presente estudo, visto que o mesmo teve como objetivo avaliar as práticas parentais positivas, enquanto condição de proteção para as crianças, fazendo-se também necessário ressaltar que a presença de práticas parentais positivas, não exclui a possibilidade da ocorrência concomitante de práticas parentais negativas.

Quanto ao suporte social, como condição de proteção, o presente estudo, conforme proposto por Dimenstein et al. (2005), buscou diferenciar o suporte desempenhado por instituições, daquele atribuído as relações sociais mantidas pelo indivíduo. Dessa forma, adotaram-se dois domínios de suporte social, o relativo aos serviços da comunidade e o referente à rede de apoio.

Identificou-se, na comparação entre os grupos, que as famílias de G1 apresentaram significativamente menos indicadores de suporte social no total e relativo à categoria rede de apoio. Tais dados são concordantes com estudos prévios que constataram que as mães com sintomas depressivos graves referiram dispor de menos suporte social intangível e estar menos satisfeitas com o suporte familiar (Gerkenmeyer et al., 2011) e que os filhos de mães

com depressão, em comparação aos filhos de mães sem depressão foram expostos a mais fatores de risco, dentre os quais o baixo suporte emocional e prático da rede social (Barker et al., 2012).

Pode-se supor que as mães com depressão, em função da sintomatologia característica do transtorno, tendem a apresentarem menos disposição para as interações sociais, o que pode limitar a disponibilidade das pessoas em colaborar com elas. Tal suposição vai ao encontro dos apontamentos de Goodman e Gotlib (1999) quanto às mães com depressão apresentarem elevados índices de negatividade em seus contatos interpessoais. Além disso, pode-se pensar que em função das mães de G1, predominantemente, não contarem com a presença de um companheiro, de certo modo, experimentaram mais limites quanto à rede de apoio disponível.

Destaca-se que os grupos não se diferenciaram quanto ao suporte social advindo dos serviços da comunidade, possivelmente porque a disponibilidade de tais serviços fez-se presente de forma similar nos bairros de moradia dessas famílias, e ainda em função de todas as mães de G1 terem sido identificadas por meio de serviços de saúde mental, o que significa que todas contaram ou contavam com o apoio desse tipo de serviço.

Quando analisadas as condições de proteção de forma mais ampla, somando-se os escores do total de práticas parentais positivas e do total de suporte social, constatou-se que as famílias de G1 apresentaram significativamente menos indicadores de condições de proteção, o que pode comprometer o enfrentamento dos múltiplos estressores que incidiram sobre essas famílias, o que por sua vez, pode ter influenciado as respostas adaptativas das crianças expostas a tais condições. Segundo Yunes (2003), a resiliência depende da relação de equilíbrio e desequilíbrio entre os mecanismos de risco e proteção presentes no ambiente dos indivíduos, ou seja, está condicionada não apenas a aspectos individuais, mas também a fatores ambientais (Bee, 2003).

Analisar-se-á a seguir as associações significativas identificadas pelo presente estudo entre os indicadores comportamentais das crianças e os indicadores de condições de risco e de proteção.

5.2 Estudo correlacional

5.2.1 Correlações entre os indicadores comportamentais das crianças e os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social

No que se refere às correlações entre as variáveis estressores, práticas parentais positivas e suporte social, o estudo teve como hipótese norteadora que a presença de mais estressores, de menos práticas parentais positivas e de menos suporte social podem favorecer a presença de mais problemas de comportamento, por parte das crianças de ambos os grupos.

Analisando-se os dados obtidos verificou-se que todas as correlações foram classificadas como moderadas, sendo identificado um número semelhante de correlações com significância estatística para G1 (seis) e G2 (oito), denotando que tais variáveis mantem certa intersecção, mas também são independentes, o que justifica a inclusão delas no estudo, assim como caracteriza a relevância das mesmas para as crianças em idade escolar, independentemente da condição de convivência com a depressão materna.

Em relação ao G1, que convive com a depressão materna, verificou-se correlações entre os indicadores comportamentais das crianças e os estressores, sendo que escores mais elevados no Total de Dificuldades e na Escala de Hiperatividade do SDQ apresentaram associação com a presença de mais estressores referentes a situações relacionadas às crianças, o que é sugestivo de que tais situações co-ocorrem. Tal dado é concordante com os apontamentos de uma recente revisão (Pizeta et al., 2013) que identificou, em um amplo conjunto de estudos, que as dificuldades comportamentais dos filhos de mães com depressão estão associadas a outras variáveis contextuais além da psicopatologia materna. Analisando-se os tipos de estressores a que as crianças de G1 estavam expostas verificou-se uma maior média de estressores referentes às situações relacionadas às crianças, que incluiu, dentre outros indicadores, o baixo desempenho escolar (avaliado pelo TDE), o qual pode ter sido prejudicado também pela hiperatividade, enquanto o indicador de dificuldade comportamental com a segunda maior média para as crianças desse grupo. Ademais, tais dados guardam semelhança com os resultados do estudo de Ashman et al. (2008), no qual verificou-se que menos risco contextual familiar foi preditor de menos problemas de comportamento para filhos de mães com depressão. Em função do delineamento adotado neste estudo não foi possível examinar o valor preditivo dos estressores.

Para as crianças de G2, que conviviam com mães sem transtornos psiquiátricos, verificou-se seis correlações significativas entre as escalas de dificuldade do SDQ e os estressores relativos a várias situações. O total de estressores apresentou correlação com mais sintomas emocionais, mais problemas de conduta e mais problemas de relacionamento com os colegas por parte das crianças. Os problemas de conduta e de relacionamento com colegas também apresentaram correlação positiva com estressores do contexto familiar e de situações relacionadas às crianças, respectivamente. Analisando-se os itens incluídos nos estressores relativos às situações relacionadas às crianças verificou-se, dentre outros indicadores, a piora do relacionamento com os pares, e considera-se que seria esperada a sua correlação com os problemas de relacionamento com os colegas. Tal dado remete ao relatado por Marturano et al. (2009), que referiram que o relacionamento com os colegas foi apontado pelas crianças como uma das situações estressoras de maior intensidade quando estavam na primeira série, apresentando também correlação negativa com o desempenho acadêmico, sendo que o baixo desempenho escolar foi outro item do domínio estressores relativos às crianças. Ademais, mais estressores relativos ao contexto geral apresentaram correlação com escores mais elevados no Total de Dificuldades do SDQ.

Ao se analisar a identificação das correlações entre os indicadores comportamentais e os estressores relatados para G2 evidenciou-se que as crianças desse grupo apesar de não terem sido expostas a transtornos psiquiátricos por parte de suas mães, possivelmente foram expostas a outras condições de risco, como pode ser observado pela razoável média de estressores apresentada nas escalas e entrevistas, com variação de três a 43 incidências. Outro ponto a ser comentado diz respeito às características dos estressores, os quais abrangeram uma diversidade de condições, não se limitando a situações do contexto familiar onde há convivência com a depressão materna.

Ainda, considerando-se que do total de seis correlações significativas entre os indicadores comportamentais e os estressores para G2, três relacionaram-se ao total de estressores, pode-se supor que mesmo nos contextos em que a depressão materna está ausente, o risco cumulativo foi uma condição de mais impacto que a presença de riscos isolados, conforme apontado por Halpern e Figueiras (2004).

Em relação às práticas parentais positivas, foram identificadas poucas correlações significativas com os indicadores comportamentais das crianças, não sendo nenhuma delas para G1. Faz-se necessário destacar que, o uso de práticas parentais positivas foi relatado com alta frequência pelas mães de G1 e de G2, e por meio do estudo comparativo, verificou-se que

as práticas parentais positivas no total e em relação ao estabelecimento de limites e regras não diferenciaram os grupos.

A ausência de correlações significativas entre os indicadores comportamentais das crianças e as práticas parentais positivas para G1 contrapôs-se a hipótese levantada de que menos práticas parentais positivas correlacionar-se-iam a mais problemas de comportamento por parte das crianças, principalmente desse grupo, visto que estavam expostas a depressão materna, enquanto condição de risco reconhecida para o desenvolvimento infantil.

Analisando-se a literatura verificou-se que vários estudos prévios enfocaram as práticas parentais negativas no contexto de convivência com a depressão materna (Callender et al., 2012; Drabick et al., 2006; Dubois-Comtois et al., 2013; Elgar et al., 2007; Errázuriz et al., 2012; Fatori et al., 2013; Hipwell et al., 2008; Lau et al., 2007; Piché et al., 2011; Topham et al., 2010; Wang et al., 2013). Naqueles estudos em que foram examinadas as práticas parentais positivas, verificou-se que o comportamento positivo materno na interação com os filhos mediou o impacto da depressão materna para os problemas de comportamento dos filhos (Foster, Garber et al., 2008; McCarty & McMahon, 2003; Parent et al., 2013), bem como foi constatada a associação das práticas parentais positivas com mais habilidades sociais por parte das crianças (Boyd & Waanders, 2013; Criss et al., 2009).

Quanto ao G2, foram detectadas duas correlações significativas, ambas entre as práticas parentais positivas e os indicadores de problemas de conduta, sendo que a presença de mais problemas de conduta se associou a menos práticas parentais positivas no total e relacionadas a menos sensibilidade ao outro. Tal dado reitera que as crianças de G2 não foram expostas a depressão materna, mas a outros estressores e condições pouco favorecedoras do seu desenvolvimento e dos processos de adaptação. Essa constatação tem suporte também no dado de que 16% das crianças de G2 apresentaram indicadores de problemas de conduta, sendo esta a segunda dificuldade comportamental mais frequente para as crianças desse grupo. Ademais, corrobora os apontamentos da literatura quanto ao impacto dos estilos parentais para o desenvolvimento dos filhos, podendo evitar ou favorecer problemas comportamentais (Bee, 2003; Gomide, 2006), bem como ao efeito preditivo de pouco envolvimento afetivo com os filhos para problemas de conduta na infância e na adolescência (Barker & Maughan, 2009).

No que diz respeito às correlações significativas entre os indicadores comportamentais das crianças e o suporte social, essas foram identificadas somente para G1. As crianças de G1, que apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais no total e/ou de sintomas emocionais, apresentaram também menos indicadores de suporte social no total e

relativo à rede de apoio. Tais dados corroboram um estudo nacional com uma amostra similar a de G1, ou seja, de díades mãe-criança, cujas mães também foram diagnosticadas com depressão recorrente, que verificou que as mães de crianças com dificuldades de socialização contavam com menos apoio das relações sociais, o que se associou a mais indicadores de dificuldades de comportamento por parte das crianças (Zanca et al., 2013). Ademais, vai ao encontro dos apontamentos de dois estudos quanto ao baixo suporte social, no contexto de convivência com a depressão materna, favorecer a desadaptação infantil (Mendes et al., 2008) e apresentar associação com mais sintomas depressivos para crianças e adolescentes (Mickelson & Demmings, 2009), e contrapõe-se ao estudo de Boyd e Waanders (2013), que não identificou correlação significativa entre suporte de parentes e a depressão infantil.

Nesse sentido, tais dados evidenciaram a relevância do suporte social enquanto condição de proteção para crianças filhas de mães com depressão como constatado em outros estudos, nos quais foi verificado que o suporte de familiares e amigos para famílias que convivem com a depressão materna pode contribuir para o enfrentamento das situações de risco e, conseqüentemente, para os processos de adaptação infantil (Feldman & Masalha, 2007; Garber & Little, 1999), e nos apontamentos de recente revisão sistemática, que constatou que diferentes tipos de suporte social atenuaram os problemas comportamentais e o risco de psicopatologia para crianças expostas a depressão materna (Silva & Loureiro, 2014). Outro ponto a ser destacado é que o suporte social correlacionou-se com o total de dificuldades e com os sintomas emocionais das crianças de G1, sendo tais manifestações consideradas problemas de comportamento internalizantes, e as mais frequentes para as crianças desse grupo.

Estudos prévios identificaram o suporte social como preditor de menos comportamentos internalizantes para crianças expostas a depressão materna (Heberle et al., 2014; Karevold et al., 2009). Como o delineamento deste estudo não foi preditivo, não se pode avaliar o efeito de predição do suporte social. Faz-se necessário pontuar também que os problemas internalizantes são, em geral, menos identificados e menos encaminhados para tratamento, o que se relaciona a menos suporte social oferecido para crianças com tais problemas, pois as pessoas acabam não percebendo que as mesmas carecem de ajuda.

Pode-se supor que a ausência de correlações significativas entre os indicadores comportamentais das crianças e o suporte social para G2 esteja relacionada ao suporte social enquanto condição de proteção modificar as respostas dos indivíduos somente frente a situações adversas, pois como afirmam Yunes e Szymanski (2001), os fatores de proteção não apresentam efeitos na ausência do risco. Nesse sentido, o suporte social seria relevante para

atuar sobre as dificuldades comportamentais, as quais foram menos frequentes para as crianças de G2, estando próximas das taxas identificadas, em amostras da comunidade, em outros estudos nacionais (Cury & Golfeto, 2003; Fleitlich & Goodman, 2000). Ainda, em um estudo preditivo, Brown et al. (2013) não verificaram um possível efeito moderador do suporte familiar para problemas internalizantes em uma amostra de meninos, sendo que os autores argumentaram que isso pode ter ocorrido devido à maioria da amostra ter apresentado baixos níveis de problemas internalizantes.

Verificou-se assim que os recursos de proteção apresentaram maior influência em contextos familiares com mais adversidades, como foi o caso de G1. Faz-se importante ainda ressaltar que a diversidade de correlações identificadas para G1 vai ao encontro da constatação da metanálise de Goodman et al. (2011), que verificou que nenhuma condição isolada associada à depressão materna pareceu explicar os desfechos desenvolvimentais das crianças.

A seguir, serão discutidas com base na literatura as correlações significativas entre as variáveis estressores, práticas parentais positivas e suporte social identificadas para G1 e G2.

5.2.2 Correlações entre os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social

Quanto às correlações entre os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social, definiu-se como hipóteses norteadoras que, tanto para G1 quanto para G2, a presença de mais estressores correlacionar-se-ia com menos práticas parentais positivas e menos suporte social, e menos práticas parentais positivas apresentaria correlação com menos suporte social.

Verificou-se que todas as correlações entre os estressores, as práticas parentais positivas e o suporte social também foram classificadas como moderadas, sendo identificado número similar de correlações com significância estatística para G1 (seis) e para G2 (sete). Tal similaridade fortaleceu as evidências de que essas variáveis são independentes e relevantes para crianças em geral em idade escolar, mesmo para aquelas não expostas a depressão materna.

Com relação às correlações significativas entre os estressores e as práticas parentais positivas, não foram detectadas associações para G1 e para o G2 foram identificadas três

associações, sendo todas negativas. Faz-se necessário ressaltar que para G1 as práticas parentais positivas também não apresentaram correlação com os indicadores comportamentais das crianças, o que sugere que neste grupo as práticas parentais parecem não se associar às demais variáveis em estudo.

Verificou-se que, para as famílias de G2, mais estressores no total apresentaram correlação com menos práticas parentais positivas no total; e mais estressores relativos a situações do contexto geral correlacionaram-se a menos práticas parentais positivas no total e a menos práticas pautadas em cuidados e rotinas. Com base em tais dados pode-se pensar que a presença de estressores relacionados ao contexto geral para G2 mostraram uma influência negativa para as práticas parentais de cuidado e rotina, o que pode ser relacionado à menor frequência dessas práticas neste grupo, em comparação ao G1, como já discutido anteriormente.

As associações com as práticas parentais positivas mostraram-se pouco relacionadas às demais variáveis, como já apontado a não avaliação das práticas parentais negativas pode ter dificultado essa compreensão, sem perder de vista a complexidade envolvida na avaliação de práticas por meio do relato materno. Nesse sentido, Vitolo et al. (2005) identificaram que as crenças dos pais interferiram na escolha das práticas educativas, sendo maior a chance de punirem fisicamente seus filhos, quando acreditavam que bater era uma prática adequada para educação das crianças.

Quanto às correlações significativas entre os estressores e o suporte social, verificaram-se seis correlações negativas para G1, mas nenhuma para G2. Ressalta-se que o suporte social também não apresentou correlação com os indicadores comportamentais das crianças pertencentes ao G2. Ao analisar tais dados, pode-se pensar que o suporte social apresenta associação com estressores bem definidos, tal como é o caso da depressão materna, os quais sinalizam com maior clareza a necessidade de ajuda, aumentando a probabilidade de que o suporte seja oferecido pelas pessoas.

No G1, mais estressores no total, mais estressores relativos a situações do contexto familiar e/ou relativas às interações familiares apresentaram correlação com menos suporte social no total e com menos suporte da rede de apoio. Os estressores referentes às interações familiares podem ter sofrido influência das possíveis alterações de humor como indisponibilidade e irritabilidade, que tendem a ser persistentes mesmo com as mães estando em remissão dos sintomas devido à característica recorrente do transtorno depressivo, tais características podem propiciar a ocorrência de mais conflitos conjugais e familiares. Essas análises corroboram dois estudos, os quais verificaram que os fatores de risco apresentaram

associação com características do transtorno depressivo materno (Lopez-Duran et al., 2012) e que os efeitos negativos da depressão materna podem ser persistentes (Jaser et al., 2008). Além disso, considerando-se que 66% das mães de G1 referiram não ter um companheiro, pode-se supor que contavam com menos apoio dos pais biológicos dos seus filhos, contribuindo para redução da rede de apoio disponível para suas famílias.

A constatação da correlação negativa entre os estressores e o suporte social para G1 corrobora a afirmação de Pesce et al. (2004) em relação aos benefícios físicos e psicológicos do apoio social como elementos que favorecem o ajustamento de indivíduos frente a situações potencialmente estressoras, bem como o relato de Zanca et al. (2013) quanto a menos apoio das relações sociais estar associado a mais eventos adversos do contexto familiar.

As correlações significativas entre práticas parentais positivas e suporte social foram identificadas somente para G2, sendo todas positivas. Em G2, menos práticas parentais positivas no total e/ou menos práticas parentais de cuidados e rotinas foram correlacionadas a menos suporte social no total e relativo à rede de apoio. Considerando-se que as práticas parentais de cuidados e rotinas de G2 foram influenciadas por estressores no total e relativos ao contexto geral, pode-se pensar que baixos níveis de suporte social para as famílias desse grupo configurou-se como mais uma condição de risco. Tal dado guarda semelhança com os apontamentos de Barker e Maughan (2009), que referiram baixo suporte social como um indicador de risco, associando-o a mais problemas de conduta na infância e na adolescência. No estudo de Heberle et al. (2014), com uma amostra de díades mãe-criança proveniente de um estudo de coorte, verificaram que mais suporte social informal foi preditor de menor frequência de práticas parentais negativas.

A ausência de correlações, com significância estatística para G1, entre práticas parentais positivas e suporte social evidenciou novamente que as práticas parentais positivas não se correlacionaram com as demais variáveis examinadas neste estudo para esse grupo, mostrando-se independente. Nesse sentido, sugere-se que a depressão materna influenciou os problemas comportamentais dos filhos mais por meio dos estressores associados a tal psicopatologia do que pelas diferenças que possam ser atribuídas aos indicadores relativos às práticas parentais positivas.

Assim, constatou-se que no o ambiente familiar de convivência com a depressão materna, fez-se presente diversos estressores, alguns possivelmente difíceis de serem evitados e favorecidos pela própria psicopatologia materna. Considera-se que uma forma de amenizar as influências negativas dos estressores para o desenvolvimento infantil seria a disponibilização para essas famílias de recursos de proteção, como o suporte social e a

orientação para práticas parentais mais positivas, contudo verificou-se que as associações entre tais variáveis requerem uma análise mais aprofundada, possivelmente incluindo também as práticas parentais negativas, não avaliadas no presente estudo.

Em função do delineamento adotado neste estudo (comparativo/correlacional), não preditivo, não foi possível examinar o valor preditivo das variáveis práticas parentais positivas e suporte social.

Analisando-se as associações entre as variáveis estressores, práticas parentais positivas e suporte social, ficou evidente as diversas peculiaridades existentes no ambiente familiar de convivência com a depressão materna e a necessidade de novos estudos para esclarecê-las, principalmente, quanto ao impacto do humor depressivo para a parentalidade, como apontado no editorial de Psychogiou e Parry (2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir o presente estudo, serão abordados os principais resultados, relativos às comparações entre os grupos e às correlações entre as variáveis indicadores comportamentais das crianças, estressores, práticas parentais positivas e suporte social.

Inicialmente foi comparado o perfil sociodemográfico de G1 (díades mães-crianças, cujas mães apresentaram história de depressão recorrente) em relação ao de G2 (díades mães-crianças, cujas mães não apresentaram qualquer transtorno psiquiátrico), sendo observada uma homogeneidade entre os grupos quanto às seguintes variáveis: idade, gênero e escolaridade das crianças, e idade, ocupação e número de filhos das mães. Quanto às demais variáveis sociodemográficas verificou-se diferenças significativas entre os grupos, sendo que G1 apresentou predominantemente mães com menor escolaridade (até oito anos de estudo formal) e sem companheiro (famílias monoparentais), famílias pertencentes às classes socioeconômicas C e D, e como renda mensal abaixo de três salários mínimos. Por meio da análise de regressão logística bivariada constatou-se que tais variáveis não influenciaram os problemas comportamentais das crianças.

Em relação aos indicadores comportamentais das crianças, verificou-se uma taxa elevada de problemas para o total de crianças da amostra e, particularmente, para as crianças de G1, identificando-se diferenças significativas entre os grupos quanto aos escores no Total de Dificuldades e nas escalas de Sintomas Emocionais, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com Colegas do SDQ, bem como quanto às classificações dos escores em *Sem dificuldade* ou *Com dificuldade* para Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas, sendo que as crianças de G1 apresentaram mais indicadores de dificuldades em comparação às crianças de G2.

Os grupos também se diferenciaram significativamente em relação a todas as condições de risco examinadas, sendo detectado para G1 mais eventos adversos, mais adversidades crônicas, mais estressores no total e referentes ao contexto geral, ao contexto familiar, relativos às crianças e às interações familiares, em comparação ao G2.

Quanto às condições de proteção, foram observadas semelhanças entre os grupos em relação ao total de práticas parentais positivas e relativas ao estabelecimento de limites e regras; e identificadas diferenças significativas para as práticas parentais positivas envolvendo cuidados e rotinas, e sensibilidade ao outro, sendo que G1 apresentou mais práticas de cuidados e rotinas, e menos sensibilidade ao outro em comparação ao G2.

Com relação ao suporte social, os grupos não se diferiram quanto ao suporte advindo dos serviços da comunidade e apresentaram diferença significativa quanto ao suporte social

no total e referente à rede de apoio, sendo que G1 apresentou mais indicadores de suporte social no total e relativo à rede de apoio, em comparação ao G2.

No que se refere às correlações entre as variáveis, foram identificadas um total de 27 associações significativas, sendo todas classificadas como moderadas e no sentido das hipóteses do presente estudo, ou seja, mais estressores, menos práticas parentais positivas e menos suporte social se associaram a mais problemas de comportamento por parte das crianças; mais estressores correlacionaram-se com menos práticas parentais positivas e menos suporte social, e menos práticas parentais positivas apresentaram correlação com menos suporte social. Verificaram-se correlações significativas dos problemas comportamentais por parte das crianças com as seguintes variáveis para G1: estressores relativos a situações relacionadas às crianças, suporte social no total e proveniente da rede de apoio; e para G2, com diversas variáveis, a saber: total de estressores e referentes ao contexto geral, ao contexto familiar e a situações relacionadas às crianças, total de práticas parentais positivas e relativas à sensibilidade ao outro. Foram observadas associações significativas entre as variáveis estressores e suporte social somente para G1, bem como entre as variáveis estressores e práticas parentais positivas, e práticas parentais positivas e suporte social apenas para G2.

Com base nos resultados deste estudo, abordar-se-á no próximo tópico suas limitações e contribuições.

6.1 Limites e alcances do estudo

Ao se analisar os aspectos metodológicos do estudo, faz-se necessário apontar alguns limites, relativos ao delineamento transversal e à fonte de dados. O presente estudo adotou delineamento transversal, o qual não permitiu examinar empiricamente a sequência temporal da influência da depressão materna, das condições de risco e de proteção para os problemas comportamentais das crianças. A utilização de um delineamento longitudinal, com medidas das variáveis avaliadas em diversos momentos da vida das crianças, possibilitaria a verificação da continuidade ou da superação das dificuldades associadas à convivência com a depressão materna.

Quanto à fonte de dados, as mães foram as únicas informantes de praticamente todas as variáveis do estudo, exceto quanto ao desempenho escolar dos filhos que foi avaliado mediante teste objetivo respondido pelas próprias crianças. Outras fontes de informação, tais

como os pais, outros familiares e os professores, poderiam favorecer uma avaliação mais abrangente das variáveis do estudo. Ademais, o número de participantes incluídos em cada grupo ($n = 50$) impossibilitou o uso de procedimentos estatísticos que analisassem, separadamente, cada uma das subescalas do SDQ, enquanto medida do desenvolvimento das crianças.

Destaca-se ainda que a amostra de G2 foi proveniente de uma única USF, responsável pelo atendimento de famílias de regiões com perfil sociodemográfico semelhante, o que limita a generalização dos resultados. A fonte de identificação das mães de G1 foram diversos serviços ambulatoriais de saúde mental, o que sugere uma certa representatividade das famílias atendidas em serviços de saúde mental da rede pública, contudo, não se caracterizou como uma amostra multicêntrica, o que garantiria aos dados maior generalização.

Por outro lado, faz-se necessário apontar também os cuidados metodológicos adotados que favoreceram a qualidade do estudo, a saber: (a) a avaliação sistemática das mães por meio de instrumento diagnóstico, aferido para a população brasileira; (b) o critério de remissão dos sintomas depressivos nos últimos seis meses prévios à coleta de dados para as mães de G1, amenizando as possíveis influências da sintomatologia depressiva atual para as avaliações das mesmas; (c) a exclusão para G1 de mães que apresentaram além da depressão comorbidades com outros transtornos psiquiátricos, possibilitando uma melhor caracterização da influência da condição de convivência com a depressão materna; (d) a realização da coleta de dados por avaliadores treinados com boa experiência clínica e em avaliação diagnóstica; (e) a sistematização da codificação dos indicadores relativos aos estressores, às práticas parentais positivas e ao suporte social que favoreceu a alta concordância entre avaliadores independentes; e (f) a comparação de variáveis qualitativas, as quais ao serem quantificadas puderam ser tratadas por procedimentos estatísticos.

Podem ser ressaltadas como principais contribuições do presente estudo: (a) a identificação de perfis diferenciados quando da comparação entre famílias que conviviam com mães diagnosticadas com depressão recorrente (G1) e famílias cujas mães não apresentavam transtornos psiquiátricos (G2); (b) a verificação da presença de múltiplas adversidades no ambiente familiar de convivência com a depressão materna, caracterizando um contexto com risco cumulativo; (c) a constatação de que os indicadores relativos aos estressores não foram exclusivos do ambiente familiar de convívio com a depressão materna, apresentando também influências negativas para os problemas comportamentais das crianças filhas de mães sem qualquer transtorno psiquiátrico; e (d) a identificação da relevância do suporte social enquanto condição de proteção para famílias expostas à depressão materna.

Frente a essas contribuições e considerando-se os limites metodológicos apontados, no tópico seguinte serão abordadas as possíveis implicações do presente estudo para a prática e para estudos futuros.

6.2 Implicações para prática e estudos futuros

Quanto às implicações para prática, com base nos dados deste estudo, evidencia-se a necessidade da proposição de práticas de saúde mental, que favoreçam a identificação de condições de riscos e de proteção para o desenvolvimento das crianças.

Em geral, é difícil reduzir ou eliminar os estressores do cotidiano das famílias, o que coloca em foco a relevância de proposições que ampliem as condições de proteção, as quais podem contribuir para o enfrentamento das adversidades, atenuando suas influências negativas para o desenvolvimento das crianças.

Considerando-se que as famílias que não conviviam com transtornos psiquiátricos maternos também estavam expostas a vários estressores, sugere-se que, no nível de atenção primária, sejam oferecidas intervenções que promovam condições de proteção, que possam minimizar as influências negativas dos estressores para as famílias, em geral.

No contexto escolar, faixa etária das crianças incluídas neste estudo, a avaliação de crianças e pais que estão passando por situações de estresse significativo e/ou apresentando problemas pode favorecer a identificação de pessoas que estão vivenciando condições de risco, o que propicia a orientação e encaminhamento para atendimento especializado, quando necessário.

Dentre as possíveis condições de proteção para as famílias de mães com depressão, o presente estudo verificou a influência positiva do suporte social, sinalizando a importância da elaboração de programas de prevenção e intervenção que disponibilizem fontes de suporte social que minimizem a influência da depressão materna para o desenvolvimento das crianças.

A disponibilização de fontes de suporte social também pode favorecer a proposição de estratégias de promoção de saúde para crianças que convivem com a depressão materna, incluindo programas institucionais que ofereçam atividades esportivas e artísticas dentre outras.

Outra questão importante é a acessibilidade das intervenções, as quais devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde, bem como podem ser estendidas para mães que não

buscam atendimento por vias tradicionais, através de visitas domiciliares realizadas em serviços de atenção primária a saúde.

Além disso, nos serviços de saúde, a inclusão de instrumentos para rastreamento da depressão como parte de cuidados às mães desde a gravidez pode também favorecer a identificação precoce e o tratamento da sintomatologia depressiva materna como uma estratégia para a prevenção de problemas comportamentais dos filhos.

Quanto aos desdobramentos para novos estudos destaca-se a importância da avaliação de crianças em diversos momentos do seu desenvolvimento, bem como em diferentes contextos, e com base em múltiplas fontes de dados. Faz-se necessário enfatizar a importância da realização de estudos longitudinais que examinem a influência da depressão materna para o comportamento das crianças, bem como das múltiplas condições de riscos e de proteção, associadas a tal transtorno, ao longo do desenvolvimento infantil.

Os estudos futuros precisam também estar atentos à análise de variáveis clínicas da depressão materna, como a gravidade, a cronicidade e o tempo de exposição das crianças à sintomatologia de tal transtorno, para melhor compreensão das influências dos estressores, das práticas parentais positivas e do suporte social para o desenvolvimento infantil.

Sugere-se ainda que novas pesquisas examinem as práticas parentais de maneira mais abrangente, incluindo além as práticas parentais positivas, as práticas parentais negativas, o que pode favorecer uma compreensão mais ampliada das ações educativas das mães com suas crianças.

Tendo em vista as referidas considerações, conclui-se que os objetivos do presente estudo foram alcançados e que seus resultados contribuíram para uma melhor compreensão dos indicadores de estressores, práticas parentais positivas e suporte social presentes no ambiente familiar de crianças em idade escolar, expostas à depressão materna recorrente, o que pode favorecer o planejamento de estratégias de prevenção e intervenção em saúde mental materna e infantil.

REFERÊNCIAS⁴

⁴ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). 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*, 49(3), 251-275. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x
- Allen-Meares, P., Blazevski, J., Bybee, D., & Oyserman, D. (2010). Independent effects of paternal involvement and maternal mental illness on child outcomes. *Social Service Review*, 84, 103-127. doi: 0037-7961/2010/8401-0006
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- 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. doi: 10.1590/S0101-60832006000200003
- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., ... Viana, M. C. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*, 7(2), e31879. doi: 10.1371/journal.pone.0031879
- Angelini, A. L., Alves, I. C., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. (1999). *Manual das matrizes progressivas coloridas de Raven: Escala especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Anhalt, K., Telzrow, C. F., & Brown, C. L. (2007). Maternal stress and emotional status during the perinatal period and childhood adjustment. *School Psychology Quarterly*, 22, 74-90. doi: 10.1037/1045-3830.22.1.74
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da Escala Social Support Appraisals. *Paidéia*, 15(32), 355-366. doi: 10.1590/S0103-863X2005000300005
- Ashman, S. B., Dawson, G., & Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: Relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Development and Psychopathology*, 20(1), 55-77. doi: 10.1017/S0954579408000035

- 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. Recuperado em 26 de fevereiro de 2014 de http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/ribeirao-preto_sp
- 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. doi: 10.1016/j.jaac.2010.03.012
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA.
- 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. doi: 10.1192/bjp.bp.111.092346
- Barker, E. D., & Maughan, B. (2009). Differentiating early-onset persistent versus childhood-limited conduct problem youth. *The American Journal of Psychiatry*, 166(8), 900-908. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121770
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bee, H. (2003). *A Criança em Desenvolvimento* (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bordin, I. A., Duarte, C. S., Peres, C. A., Nascimento, R., Curto, B. M., & Paula, C. S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ*, 87(5), 336-344. doi: 10.1590/S0042-96862009000500010
- Boyd, R. C., & Waanders, C. (2013). Protective Factors for Depression Among African American Children of Predominantly Low-Income Mothers with Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 20(1), 85-95. doi: 10.1007/s10826-012-9588-y
- Boyd, R., & Tervo-Clemmens, B. (2013). Exploring Maternal and Child Effects of Comorbid Anxiety Disorders among African American Mothers with Depression. *Journal of Depression & Anxiety*, 2(129), 1-15. doi:10.4172/2167-1044.1000129
- Brown, J., Barbarin, O., & Scott, K. (2013). Socioemotional Trajectories in Black Boys between Kindergarten and the Fifth Grade: The Role of Cognitive Skills and Family in Promoting Resiliency. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(2), 176-184. doi: 10.1111/ajop.12027

- Callender, K. A., Olson, S. L., Choe, D. E., & Sameroff, A. J. (2012). The Effects of Parental Depressive Symptoms, Appraisals, and Physical Punishment on Later Child Externalizing Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(3), 471-483. doi: 10.1007/s10802-011-9572-9
- 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. doi: 10.1037/0012-1649.43.5.1202
- Capellini, S. A., Tonelotto, J. M. F., & Ciasca, S. M. (2004). Medidas de desempenho escolar: Avaliação formal e opinião de professores. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21, 79-90. doi: 10.1590/S0103-166X2004000200006
- Chang, J. J., Halpern, 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. doi: 10.1001/archpedi.161.7.697
- Criss, M. M., Shaw, D. S., Moilanen, K. L., Hitchings, J. E., & Ingoldsby, E. M. (2009). Family, neighborhood, and peer characteristics as predictors of child adjustment: A longitudinal analysis of additive and mediation models. *Social Development*, 18(3) 511-535. doi: 10.1111/j.1467-9507.2008.00520.x
- Cunha, R. V. D., Bastos, G. A. N., & Duca, G. F. D. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 346-354. doi: 10.1590/S1415-790X2012000200012
- Cury, C. R., & Golfeto, J. H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(3), 139-145. doi: 10.1590/S1516-44462003000300005
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância*. São Paulo: Editora Vozes.
- Del-Ben, C. M. (1995). *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*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV – versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3(23), 156-159. doi: 10.1590/S1516-44462001000300008
- Dimenstein, M., Lima, E. B., Moura, A., Brito, M., Cardoso, R., & Medeiros, V. (2005). Bases de apoio familiares e comunitárias como estratégia de enfrentamento à violência. *Psico*, 36(1), 55-63.
- 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. doi: 10.1207/s15374424jccp3502_8
- Dubois-Comtois K., Moss E., Cyr C., & Pascuzzo K. (2013). Behavior problems in middle childhood: the predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(8), 1311-1324. doi: 10.1007/s10802-013-9764-6
- Duggal, S., Carlson, E. A., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 1, 143-164.
- Elgar, F. J., Mills, R. S. L., 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*, 3(6), 943-955. doi: 10.1007/s10802-007-9145-0
- Elgar, F. J., Waschbusch, D. A., Mcgrath, P. J., Stewart, S. H., & Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 441-459. doi: 10.1016/j.cpr.2004.02.002
- Errázuriz, P. A., Harvey, E. A., & Thakar, D. A. (2012). A longitudinal study of the relation between depressive symptomatology and parenting practices. *Family Relations*, 61(2), 271-282. doi: 10.1111/j.1741-3729.2011.00694.x
- 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. doi: 10.1037/a0020659

- Fatori, D., Bordin, I. A., Curto, B. M., & de Paula, C. S. (2013). Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence: a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 13(31), 1-6. doi: 10.1186/1471-244X-13-31
- Feldman, R., & Masalha, S. (2007). The role of culture in moderating the links between early ecological risk and young children's adaptation. *Development and Psychopathology*, 19(10), 1-21. doi: 10.1017/S0954579407070010
- Feng, X., Shaw, D. S., & Silk, J. S. (2008). Developmental Trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal Abnormal Psychology*, 117(1), 32-47. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.32
- 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. doi: 10.1590/S0034-89102006005000017
- Fleck, M. P. A., Berlim, M. T., Lafer, B., Solgey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., ... Hetem, L. A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 7-17. doi: 10.1590/S1516-44462009000500003
- Fleitlich, B. W., & Goodman, R. (2000). Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 2-6. doi: 10.1590/S1516-44462000000600002
- Fleitlich, B. W., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência*, 1(8), 44-50.
- Foster, C. E., Webster, M. C., Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Talati, A., ... King, C. A. (2008). Remission of maternal depression: relations to family functioning and youth internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 714-724. doi: 10.1080/15374410802359726
- 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. doi: 10.1007/s10802-007-9197-1
- 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

- Garber, J., & Little, S. (1999). Predictors of competence among offspring of depressive mothers. *Journal of Adolescent Research, 14*(1), 44-71. doi: 10.1177/0743558499141004
- Gerkenmeyer, J. E., Perkins, S. M., Day, J., Austin, J. K., Scott, E. L., & Wu, J. W. (2011). Maternal depressive symptoms when caring for a child with mental health problems. *Journal of Child and Family Studies, 20*(5), 685-695. doi: 10.1007/s10826-011-9445-4
- Gerkenmeyer, J. E., Perkins, S. M., Scott, E. L., & Wu, J. (2008). Depressive symptoms among primary caregivers of children with mental health needs: Mediating and moderating variables. *Archives of Psychiatric Nursing, 22*, 135-146. doi: 10.1016/j.apnu.2007.06.016
- Giallo, R., Cooklin, A., & Nicholson, J. M. (2014). Risk factors associated with trajectories of mothers' depressive symptoms across the early parenting period: an Australian population-based longitudinal study. *Archives Womens Mental Health, 17*, 115-125. doi: 10.1007/s00737-014-0411-1
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais*. Modelo teórico: manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Vozes.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(5), 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*(3), 458-490. doi: 10.1037/0033-295X.106.3.458
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connel, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(1), 1-27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1
- Goosby, B. J. (2007). Poverty duration, maternal psychological resources, and adolescent socioemotional outcomes. *Journal of Family Issues, 28*(8), 1113-1134. doi: 10.1177/0192513X07300712
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

- Gravener, J. A., Rogosch, F. A., Oshri, A., Narayan, A. J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2011). The Relations among Maternal Depressive Disorder, Maternal Expressed Emotion, and Toddler Behavior Problems and Attachment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 803-13. doi: 10.1007/s10802-011-9598-z
- Gross, H. E., Shaw, D. S., Burwell, R. A., & Nagin, D. S. (2009). Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: A longitudinal study from early childhood to adolescence. *Development and Psychopathology*, 21(1), 139-156. doi: 10.1017/S0954579409000091
- Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 104-110. doi: 10.1590/S0021-75572004000300013
- Hammen, C. (2003). Social stress and women's risk for recurrent depression. *Arch Womens Mental Health*, 6(1), 9-13. doi: 10.1007/s00737-002-0160-4
- Hart, D., Atkins, R., & Matsuba, M. K. (2008). The association of neighborhood poverty with personality change in childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(6), 1048-1061. doi: 10.1037/0022-3514.94.6.1048
- Heberle, A., Krill, S., Briggs-Gowan, M., & Carter, A. (2014). Predicting Externalizing and Internalizing Behavior in Kindergarten: Examining the Buffering Role of Early Social Support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 53, 1-15. doi: 10.1080/15374416.2014.886254
- Hipwell, A., Keenan, K., Kasza, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Bean, T. (2008). Reciprocal influences between girls' conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: a six-year prospective analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 663-677. doi: 10.1007/s10802-007-9206-4
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2010). *IBGE Cidades*. Recuperado em 26 de fevereiro de 2014 de <http://cidades.ibge.gov.br>
- 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 Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 736-746. doi: 10.1080/15374410802359742
- 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. doi: 10.1037/a0016123

- 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. doi: 10.1007/s10578-011-0257-y
- Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., ... Stein, D. J. (2010). Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety*, 27(4), 351-364. doi: 10.1002/da.20634
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lau, J. Y. F., Rijdsdijk, F., Gregory, A. M., McGuffin, P., & Eley, T. C. (2007). Pathways to childhood depressive symptoms: The role of social, cognitive, and genetic risk factors. *Developmental Psychology*, 43(6), 1402-1414. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1402
- Lavall, E., Olschowsky, A., & Kantorski, L. P. (2009). Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(2), 198-205.
- Leiferman, J. (2002). The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. *Health Education & Behavior*, 29(5), 596-607. doi: 10.1177/109019802237027
- Leis, J. A., Heron, J., Stuart, E. A., & Mendelson, T. (2014). Associations Between Maternal Mental Health and Child Emotional and Behavioral Problems: Does Prenatal Mental Health Matter? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 161-171. doi: 10.1007/s10802-013-9766-4
- 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. *Developmental Psychopathology*, 20(2), 509-528. doi: 10.1017/S0954579408000254
- Lewis, G., Collishaw, S., Thapar, A., & Harold, G. T. (2014). Parent-child hostility and child and adolescent depression symptoms: the direction of effects, role of genetic factors and gender. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 317-327. doi: 10.1007/s00787-013-0460-4

- Loeber, R., Hipwell, A., Bastista, 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(8), 1035-1048. doi: 10.1007/s10802-009-9337-x
- Lopez-Duran, N. L., Nusslock, R., George, C., & Kovacs, M. (2012). Frontal EEG asymmetry moderates the effects of stressful life events on internalizing symptoms in children at familial risk for depression. *Psychophysiology*, 49(4), 510-521. doi: 10.1111/j.1469-8986.2011.01332.x
- Macarini, S. M., Martins, G. F., Minetto, M. F., & Vieira, M. L. (2010). Práticas Parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 119-134.
- Maia, J., & Williams, L. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*, 13(2), 91-103.
- Markowitz, J. (2008). Depressed Mothers, Depressed Children. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1086-1088. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08060861
- Marturano, E. M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(2), 135-142. doi: 10.1590/S0102-37721999000200006
- Marturano, E. M. (2006). O inventário de recursos do ambiente familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 498-506. doi: 10.1590/S0102-79722006000300019
- Marturano, E. M., & Loureiro, S. R. (2003). O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Org.) *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem* (pp. 259-291). Campinas-SP: Editora Alínea.
- Marturano, E. M., Trivellato-Ferreira, M. C., & Gardinal, E. C. (2009). Estresse Cotidiano na Transição da 1ª Série: Percepção dos Alunos e Associação com Desempenho e Ajustamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 93-101. doi: 10.1590/S0102-79722009000100013
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Vulnerability and Resilience in Early Child Development. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 22-43). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

- Máximo, G. da C. (2010). *Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- McCarty, C. A., & McMahon, R. J. (2003). Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. *Journal of family psychology JFP journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association Division* 43, 17(4), 545-556. doi: 10.1037/0893-3200.17.4.545
- Mendes, A. V., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2008). Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 178-86. doi: 10.1590/S0101-60832008000500002
- Mendes, A. V., Loureiro, S. R., Crippa, J. A. S., Gaya, C. M., García-Esteve, L., & Martín-Santos, R. (2012). Mother with depression, school-age children with depression? A systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, 48(3), 138-148. doi: 10.1111/j.1744-6163.2011.00318.x
- Mian, L., Tango, L. A., Lopes, J., & Loureiro, S. R. (2009). A depressão materna e o comportamento de crianças em idade escolar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 29-37. doi: 10.1590/S0102-37722009000100004
- Mickelson, K. D., & Demmings, J. L. (2009). The impact of support network substitution on low-income women's health: Are minor children beneficial substitutes? *Social Science & Medicine*, 68(1), 80-88. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.057
- Mota, E. L. A., Franco, A. L. S., & Motta, M. C. (1999). Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 119-132. doi: 10.1590/S0102-79721999000100008
- Murray, L., Woolgar, M., Martins C., Christaki, A., Hipwell, A., & Cooper, P. (2006). Conversations around homework: links to parental mental health, family characteristics and child psychological functioning. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(1), 125-149. doi: 10.1348/026151005X83568
- Nicholson, J., & Clayfield, J. C. (2004). Responding to depression in parents. *Pediatric Nursing*, 30(2), 136-142.

- Noronha, M. G. R. C. S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P., & Centa, M. L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506. doi:10.1590/S1413-81232009000200018
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2007). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2009). *Ficha descritiva – Depressão*. Cúpula Global de Saúde Mental – Atenas, Grécia. Recuperado em 02 de setembro de 2009 de http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/09/090902_depressao_oms_cq.shtml
- Osório, F. L., Mendes, A. V., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). 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*, 45(3), 216-227. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x
- Parent, J., Jones, D. J., Forehand, R., Cuellar, J., & Shoulberg, E. K. (2013). The role of coparents in African American single-mother families: The indirect effect of coparent identity on youth psychosocial adjustment. *Journal of Family Psychology*, 27(2), 252-262. doi: 10.1037/a0031477
- Paula, C. S., Miranda, C. T., & Bordin, I. A. (2008). Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 524-528. doi: 10.1590/S0034-89102008005000027
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143. doi: 10.1590/S0102-37722004000200006
- Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., & Berthiaume, C. (2011). Interaction effects between maternal lifetime depressive/anxiety disorders and correlates of children's externalizing symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 596-604. doi: 10.1007/s10826-010-9433-0
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75. doi: 10.1590/S1413-73722004000100009
- Pizeta, F. A. (2009). *Depressão materna associada a múltiplos estressores e a socialização de crianças em idade escolar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Pizeta, F. A. (2014). *Depressão materna, estressores e resiliência: preditores do comportamento de escolares*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Pizeta, F. A., Silva, T. B. F., Cartafina, M. I. B., & Loureiro, S. R. (2013). Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: Uma revisão. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(3), 429-437. doi: 10.1590/S1413-294X2013000300003
- Primi, R., Muniz, J., & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In C. S. Hutz (Org.). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 243-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Psychogiou, L., & Parry, E. (2014). Why do depressed individuals have difficulties in their parenting role? [Editorial]. *Psychological Medicine*, 44(7), 1345-1347. doi: 10.1017/S0033291713001931
- Reis, L. N. (2012). Perfil epidemiológico de um serviço de saúde mental – uma análise descritiva e analítica. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Rishel, C. W., Greeno, C. G., Marcus, S. C., Sales, E., Shear, M. K., Swartz, H. A., & Anderson, C. (2006). Impact of maternal health status on child mental health treatment outcome. *Community Mental Health Journal*, 42(1), 1-12. doi: 10.1007/s10597-005-9004-9
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *The American Orthopsychiatric Association, Inc*, 57(3), 316-331. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Sá, D. G. F., Bordin, I. A. S., Martin, D., & de Paula, C. S. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 643-652. doi: 10.1590/S0102-37722010000400008
- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12(3), 297-312. doi: 10.1017/S0954579400003035
- Santana, J. P., Doninelli, T. M., Frosi, R. V., & Koller, S. H. (2004). Instituições de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 59-70. doi: 10.1590/S0102-71822004000200008

- Santos, L. C. (1999). *Crianças com dificuldades de aprendizagem: estudo de seguimento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Shannon, K. E., Beauchaine, T. P., Brenner, 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. doi: 10.1017/S0954579407000351
- Shaw, D. S., Hyde, L. W., & Brennan, L. M. (2012). Early predictors of boys' antisocial trajectories. *Development and Psychopathology*, 24(3), 871-888. doi: 10.1017/S0954579412000429
- Silva, A. P. C., & Loureiro, S. R. (2014). Analysis of studies on social support and children of depressed mothers: A systematic review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24(59), 1-9.
- Spitzer R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report Version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy III, F. V., Hahn, S. R., ... Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Journal of American Medicine Association*, 272(22), 1749-1756. doi:10.1001/jama.1994.03520220043029
- Stein, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., ... Counsell, N. (2012). Maternal Cognitions and Mother-Infant Interaction in Postnatal Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Journal Abnormal Psychology*, 121, 795-809. doi: 10.1037/a0026847
- Stein, L. M. (1994). *TDE: Teste de desempenho escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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. doi: 10.1017/S0954579407070174
- 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), 962-971. doi: 10.1007/s00127-007-0262-4

- Topham, G. L., Page, M. C., Hubbs-Tait, L., Rutledge, J. M., Kennedy, T. S., Shriver, L., & Harrist, A. W. (2010). Maternal depression and socio-economic status moderate the parenting style/child obesity association. *Public Health Nutrition*, 13(8), 1237-1244. doi: 10.1017/S1368980009992163
- Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2010). The historical origins and developmental pathways of the discipline of developmental psychopathology. *Israel Journal Psychiatry Related Sciences*, 47(2), 95-104.
- 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. doi: 10.1080/15374416.2011.546042
- Vitolo, Y. L. C., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., & Bordin, I. A. S. (2005). Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 716-724. doi: 10.1590/S0034-89102005000500004
- Walsh, F. (2005). Bases de Abordagem da Resiliência Familiar. In F. Walsh, *Fortalecendo a Resiliência Familiar* (pp. 3-23). São Paulo: Roca.
- Wang, F., Christ, S. L., Milss-Koonce, W. R., Garrett-Peters, P., & Cox, M. J. (2013). Association between maternal sensitivity and externalizing behavior from preschool to preadolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34(2), 89-100. doi: 10.1016/j.appdev.2012.11.003
- Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Talati, A., Wisniewski, S. R., Fava, M., ... Rush, A. J. (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology. *The Journal of the American Medical Association*, 295(12), 1389-1398. doi: 10.1001/jama.295.12.1389
- Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dalgarrondo, P., ... Tannock, R. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations e applications of the SDQ beyond Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl. 2), II47-II54. doi: 10.1007/s00787-004-2008-0
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 8(num. esp.), 75-84. doi: 10.1590/S1413-73722003000300010

- Yunes, M. A. M. (2006). Os discursos sobre a questão da resiliência: expressões e consequências para a promoção do desenvolvimento saudável. In D. Colinaux, L. B. Leite, & D. D. Dell'aglio (Orgs.), *Psicologia do desenvolvimento: reflexões e práticas atuais* (pp. 225-246). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Editora Cortez.
- Yunes, M. A. M., Garcia, N. M., & Albuquerque, B. de M. (2007). Monoparentalidade, Pobreza e Resiliência: Entre as Crenças dos Profissionais e as Possibilidades da Convivência Familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 444-453. doi: 10.1590/S0102-79722007000300012
- Zanca, C. G., Pizeta, F. A., Osório, F. L., & Loureiro, S. R. (2013). Percepção do apoio social de famílias que convivem com a depressão materna. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 249-257. doi: 10.1590/S1413-294X2013000200010

APÊNDICES

APÊNDICE A – 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 B – Codificação e Pontuação das Variáveis relativas aos Estressores

Variáveis	Pontuação		
	0	1	2
Estressores	Critérios utilizados		
A. Situações do contexto geral			
(1) Renda materna suficiente para família	Sim	-	Não
(2) Renda paterna suficiente para família	Sim	-	Não
(3) Renda total suficiente para família	Ausência de dependência econômica e garantia de subsistência	Presença de dependência econômica e garantia de subsistência	Ausência de dependência econômica e falta de recursos mínimos / Presença de dependência econômica e falta de recursos mínimos
(4) Vizinhança violenta, com problemas com a polícia	Não	-	Sim
(5) Classificação socioeconômica	A e B	C	D
(6) Escolaridade da mãe	Mãe com mais de oito anos de estudo	-	Mãe com até oito anos de estudo
(7) Desemprego / perda de emprego pelo pai e/ou pela mãe	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
(8) Mudança de cidade	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
(9) Mudança de escola	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
B. Situações do contexto familiar			
(1) Doença grave em familiar próximo	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente

Continua

Continuação

(2) Criminalidade/ envolvimento com a lei pelos pais	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
(3) Alcoolismo da mãe	Ausente	-	Presente
(4) Alcoolismo do pai ou padrasto	Ausente	-	Presente
(5) Abuso de drogas pela mãe	Ausente	-	Presente
(6) Abuso de drogas pelo pai ou padrasto	Ausente	-	Presente
(7) Temperamento difícil da mãe	Ausente	-	Presente
(8) Temperamento difícil do pai	Ausente	-	Presente
(9) Perda por morte do pai	Nunca ocorreu	-	Ocorreu
(10) Perda por morte de avós	Nunca ocorreu	-	Ocorreu
(11) Perda por morte de irmãos	Nunca ocorreu	-	Ocorreu
(12) Aumento da ausência da mãe e/ou do pai por oito horas ou mais por semana	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
C. Situações relacionadas às crianças			
(1) Adaptação e reação frente a situações novas	Enfrenta buscando auxílio	Enfrenta sozinho/ auto exigência elevada/ responsabilidade precoce	Evita as situações/ retrai-se/ apresenta dificuldade de comunicação e/ou insegurança
(2) Doença grave ou crônica na criança	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
(3) Problemas de relacionamento com a professora e/ou suspensão da escola	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
(4) Desempenho escolar	Classificação total no TDE média ou superior pela idade	-	Classificação total no TDE inferior pela idade

Continua

Continuação

(5) Piora do relacionamento com amigos e colegas	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
D. Situações relativas às interações familiares			
(1) Organização familiar não tradicional	Família biparental (mãe casada/ união estável)	-	Família monoparental (mãe solteira/ separada/ desquitada)
(2) Conflitos familiares recorrentes ou crônicos	Ausente	-	Presente
(3) Conflitos conjugais	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
(4) Separação dos pais	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
(5) Recasamento dos pais	Nunca ocorreu	Presente uma vez – ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente	Presente em dois momentos ou mais (crônico) – ocorreu nos últimos 12 meses e anteriormente
(6) Violência física/ psicológica ou sexual	Ausente	-	Presente

Conclusão.

APÊNDICE C – Codificação e Pontuação das Variáveis relativas às Práticas Parentais Positivas

Variáveis	Pontuação		
	0	1	2
Práticas Parentais Positivas	Critérios utilizados		
A. Cuidados e Rotinas			
(1) Avaliação dos cuidados com o filho nos últimos 12 meses	Cuidados ausentes	Cuidados parciais, restritos à determinada área do desenvolvimento	Cuidados integrais, incluindo cuidados materiais e afetivos
(2) Presença de rotinas para o filho	Nunca	Às vezes	Quase sempre
(3) Ocorrência de quebra das rotinas	Quase sempre/ Não tem rotina	Nunca	Às vezes
(4) Responsável pela quebra das rotinas do filho	Mãe e/ou pai, padrasto ou companheiro da mãe/ Não tem rotina/ Não são quebradas	Irmãos ou avós	Própria criança
(5) Realização de atividades regulares extra escolares	Não realiza	Realiza pelo menos uma atividade extra escolar	Realiza mais que uma atividade extra escolar
(6) Realização de atividades pelo pai junto com a criança em casa	Não realizam atividades com a criança	Realizam pelo menos uma atividade	Realizam mais de uma atividade
(7) Acompanhamento dos afazeres da escola	Ausente	Acompanhamento de pelo menos um afazer	Acompanhamento de mais de um afazer
B. Estabelecimento de limites e regras			
(1) Definição de regras para o filho	Irmãos exercem a função reguladora	Mãe como cuidadora principal, pai ausente/ Outros familiares como cuidadores principais/ Mãe mais os avós maternos/ Pai como cuidador principal	Mãe divide com o pai os principais cuidados da criança avaliada
(2) Estabelecimento de limites para o filho	Práticas educativas negativas (inconsistência, coerção e agressão)	-	Práticas educativas positivas (consistentes, regras combinadas)
(3) Reação da mãe quando o filho não obedece	Reclama / Xinga / Grita / Ameaça / Bate / Cede às exigências da criança	Coloca de castigo	Conversa, buscando fazer o filho(a) compreender a regra

Continua

Continuação

(4) Reação da criança frente às regras	Não acata, apresenta dificuldade de obedecer e atender ordens	Acata passivamente	Acata argumentando
C. Sensibilidade ao outro			
(1) Divisão do tempo entre o trabalho (em casa e fora de casa) e às necessidades familiares	Não dispõe de tempo para o trabalho ou para criança ou para família	Prioriza a família ou o trabalho	Divide o tempo entre o trabalho, o monitoramento da criança e a família
(2) Percepção da necessidade de ajuda por parte do filho	Não percebe	Sim, mas apenas quando a criança verbaliza	Sim, percebe a necessidade de ajuda da criança sem que ela verbalize
(3) Disponibilidade do filho para as atividades e as pessoas	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre

Conclusão.

APÊNDICE D – Codificação e Pontuação das Variáveis relativas ao Suporte Social

Variáveis		Pontuação			
Suporte Social		Critérios utilizados			
A. Serviços da Comunidade					
(1) Conhecimento de serviços Educacionais, Religiosos, Saúde, Esporte e Lazer, Assistência Social e Comunitária		1 ponto para o conhecimento de cada serviço (escore máximo = 5)			
(2) Utilização de serviços Educacionais, Religiosos, Saúde, Esporte e Lazer, Assistência Social e Comunitária		1 ponto para a utilização de cada serviço (escore máximo = 5)			
(3) Familiares que utilizam		Zero quando não utilizam	1 ponto quando somente os pais ou somente os filhos		2 pontos quando toda família
(4) Percepção dos serviços		Zero quando não usou	1 ponto quando negativamente (não vale a pena ir ao serviço, percepção de baixa qualidade, mal trato ou descaso, demora exagerada no atendimento)		2 pontos quando positivamente (adequado, atendendo à necessidade da família, percepção de bom atendimento)
B. Rede de apoio					
Mãe					
(1) Pessoas a quem a mãe recorre quando precisa de ajuda ou opinião em situações relacionadas ao filho	Quantitativo	1 ponto para cada categoria de pessoas (avós da criança, pai da criança, companheiro da mãe, irmãos da criança, amigos/ colegas/ pessoas conhecidas da mãe, membros da família nuclear, membros da família extensa, profissionais, religiosos) que a mãe recorre (escore máximo = 9)			
	Qualitativo	1 ponto quando a mãe recorre a profissionais ou religiosos	2 pontos quando a mãe recorre a amigos/ colegas/ pessoas conhecidas, membros da família nuclear e/ou membros da família extensa	3 pontos quando a mãe recorre aos avós da criança, seu companheiro e/ou irmãos da criança	4 pontos quando a mãe recorre ao pai de criança
		(escore máximo = 10)			
(2) Pessoas a quem a mãe recorre para pedir opinião nas situações em geral	Quantitativo	1 ponto para cada categoria de pessoas (avós da criança, pai da criança, companheiro da mãe, irmãos da criança, amigos/ colegas/ pessoas conhecidas da mãe, membros da família nuclear, membros da família extensa, profissionais, religiosos) que a mãe recorre (escore máximo = 9)			
	Qualitativo	1 ponto quando a mãe recorre a profissionais ou religiosos	2 pontos quando a mãe recorre a amigos/ colegas/ pessoas conhecidas, membros da família nuclear e/ou membros da família extensa	3 pontos quando a mãe recorre aos avós da criança, seu companheiro e/ou irmãos da criança	4 pontos quando a mãe recorre ao pai de criança
		(escore máximo = 10)			
(3) Tipo de ajuda que a mãe recebe		1 ponto para cada tipo de ajuda (conselhos/ opiniões, ajuda prática – fazer uma tarefa, ajuda financeira de familiares) recebida (escore máximo = 3)			

Continua

Continuação

		1 ponto para cada categoria de pessoas (avós da criança, pai da criança, companheiro da mãe, irmãos da criança, amigos/ colegas/ pessoas conhecidas da mãe, membros da família nuclear, membros da família extensa, profissionais, religiosos) de quem a mãe recebe ajuda (escore máximo = 9)			
(4) Pessoas de quem a mãe recebe ajuda	Quantitativo				
	Qualitativo	1 ponto quando a mãe recebe ajuda de profissionais ou religiosos	2 pontos quando a mãe recebe ajuda de amigos/ colegas/ pessoas conhecidas, membros da família nuclear e/ou membros da família extensa	3 pontos quando a mãe recebe ajuda dos avós da criança, seu companheiro e/ou irmãos da criança	4 pontos quando a mãe recebe ajuda do pai de criança
		(escore máximo = 10)			
Criança					
(5) Pessoas a quem a criança recorre quando precisa de ajuda	Quantitativo	1 ponto para cada categoria de pessoas (mãe, pai/ padrasto ou companheiro da mãe, irmãos, avós, tios) que a criança recorre (escore máximo = 5)			
	Qualitativo	1 ponto quando recorre a tios	2 pontos quando recorre a avós e/ou irmãos	3 pontos quando recorre a mãe e/ou pai	
		(escore máximo = 6)			
(6) Ocasões em que pede ajuda		Zero quando não pede	1 ponto quando em qualquer ocasião	2 pontos quando necessário	
Família					
(7) Crenças religiosas/ espirituais		Zero quando ausentes	1 ponto quando presentes e compartilhadas parcialmente pela família/ presentes, mas imposta a alguns membros da família	2 pontos quando presentes e compartilhadas por toda a família	
(8) Participação em atividades religiosas		Zero quando não participam	1 ponto quando participam eventualmente	2 pontos quando participam regularmente	

Conclusão.

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP

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

ANEXO B – 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 <u>últimas 2 semanas</u> , 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
<p>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</p> <p>0 + _____ + _____ + _____</p> <p>=Total Score: _____</p>				
<p>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?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Nenhuma dificuldade</p> ☐ </div> <div style="text-align: center;"> <p>Alguma dificuldade</p> ☐ </div> <div style="text-align: center;"> <p>Muita dificuldade</p> ☐ </div> <div style="text-align: center;"> <p>Extrema dificuldade</p> ☐ </div> </div>				
<p>Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. EPI0905.PHQ9P</p>				
<p>Declaro que as informações contidas neste questionário são verdadeiras.</p>		<p>Iniciais do/a paciente:</p>		<p>Data:</p>

ANEXO C – Itens do Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Anexo D – 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.

Anexo E – 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 F – 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 G – 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			

ANEXO H – Termo de Consentimento Livre e 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 filho 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 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(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 seu 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 duas atividades parecidas com as que as crianças realizam na escola, uma atividade para conhecer o jeito dela raciocinar e outra atividade para compreender o jeito como ela realiza as tarefas escolares.

Essas atividades não trazem riscos, seu(ua) filho(a) e você não serão identificados, e 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.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata,

Ribeirão Preto, 03 de agosto de 2011.

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 “*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 filho _____ na mesma.

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

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2011.

Assinatura

ARTIGO PUBLICADO

Silva, A. P. C., & Loureiro, S. R. (2014). Analysis of studies on social support and children of depressed mothers: A systematic review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24(59), 1-9.