

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 RODRIGUES

Estressores cumulativos e recursos de parentalidade: preditores do comportamento de  
escolares que convivem com a depressão materna

Ribeirão Preto - SP

2019

ANA PAULA CASAGRANDE SILVA RODRIGUES

**Estressores cumulativos e recursos de parentalidade: preditores do comportamento de escolares que convivem com a depressão materna**

Tese apresentada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Saúde Mental

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Regina Loureiro

Ribeirão Preto - SP

2019

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-Rodrigues, Ana Paula Casagrande.

Estressores cumulativos e recursos de parentalidade: preditores do comportamento de escolares que convivem com a depressão materna / Ana Paula Casagrande Silva Rodrigues; orientadora Sonia Regina Loureiro. – Ribeirão Preto, 2019.  
241 f.

Tese (Doutorado) – 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. Mães. 3. Criança. 4. Estressores.  
5. Parentalidade. 6. Comportamento

Nome: Silva-Rodrigues, Ana Paula Casagrande

Título: Estressores cumulativos e recursos de parentalidade: preditores do comportamento de escolares que convivem com a depressão materna

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

Aprovado em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*D*edico este trabalho aos meus pais, **Décio** e **Maria Augusta**, pelos cuidados parentais ao longo de toda minha vida, permeados por suporte consistente e amor incondicional, e ao meu marido **Leandro** pela parceria diária, apoio constante, compreensão e infinito amor.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelas oportunidades, pela proteção e pelo encontro com pessoas especiais, que dão sentido a minha existência.

À minha orientadora **Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sonia Regina Loureiro**, pela confiança, pelos ensinamentos, pela paciência e pela gentileza em compartilhar comigo mais do que seus conhecimentos acadêmicos, mas sua experiência de vida, me encorajando a seguir em frente e a acreditar em um futuro melhor. Minha imensa gratidão e admiração pelo seu exemplo de ética, competência e dedicação.

Às professoras da banca do meu Exame de Qualificação **Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edna Maria Marturano** e **Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Beatriz Martins Linhares** pelas valiosas contribuições, que permitiram o aprimoramento deste estudo e da minha formação.

À psicóloga **Fernanda Pizeta**, que se tornou uma grande amiga, pela parceria, pela torcida genuína e pelo apoio constante ao longo de toda pós-graduação, compartilhando gentilmente seus conhecimentos.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, em especial a **Ivana Geraldo Cintra Faria**, e da Secretaria do prédio da Saúde Mental, pela disponibilidade, dedicação e eficiência com que me auxiliaram durante este percurso.

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

À psicóloga **Érica Crepaldi**, pelo acolhimento e pelos momentos de reflexão pessoal, amenizando minhas angústias e fortalecendo meus recursos de enfrentamento.

Aos **amigos, colegas e aprimorandos** do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP, pelo suporte e incentivo na convivência diária. Em especial, as meninas da minha sala (**Maira, Mary e Natália**) pelo acolhimento, carinho e amizade sincera, contribuindo sobremaneira para reta final dessa longa caminhada.

Às queridas amigas e companheiras de pós-graduação, especialmente à **Flávia Marucci, Thaysa Brinck, Karina Pereira, Marina Delduca e Marianna Ramos** pela parceria nas atividades em conjunto, pelo apoio e pela torcida mútua, que tornaram esses anos mais leves e divertidos.

Às minhas companheiras da Unidade Coronariana do HCFMRP-USP, **Júlia e Camila**, pela disponibilidade, pelo suporte e pelo encorajamento, tornando meus dias de trabalho mais amenos e prazerosos.

À minha sogra e ao meu sogro, **Tereza e Antônio**, por respeitarem os momentos de intensa dedicação e apoiarem minhas escolhas profissionais.

Ao meu pai, **Décio**, e a minha mãe, **Maria Augusta**, pelos cuidados e pelos ensinamentos ao longo de todas as fases do meu desenvolvimento, que me tornaram a pessoa que hoje eu sou. Agradeço por terem me ensinado a lutar pelos meus sonhos e a não desistir diante dos obstáculos. Obrigada por terem me incentivado a estudar e oferecido todo suporte para que eu pudesse chegar até aqui.

À minha irmã **Ana Claudia**, pelo carinho e incentivo, por torcer pela concretização dos meus sonhos e vibrar com as minhas conquistas.

Ao meu amado marido, **Leandro**, pelo carinho diário, por apoiar as minhas escolhas e por estar ao meu lado sempre, me amparando e me fortalecendo. Agradeço pelo seu otimismo, me fazendo acreditar que tudo daria certo, e pela capacidade de tornar os momentos difíceis mais leves e os alegres ainda mais especiais.

“Aprendi com as primaveras a deixar-me  
cortar e a voltar sempre inteira.”

**Cecília Meireles**

## RESUMO

Silva-Rodrigues, A. P. C. (2019). *Estressores cumulativos e recursos de parentalidade: preditores do comportamento de escolares que convivem com a depressão materna*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A depressão materna é reconhecida como uma adversidade ao desenvolvimento infantil, sendo lacuna da literatura estudos que abordem a parentalidade e variáveis contextuais associadas a tal condição. Objetivou-se identificar as associações entre depressão materna, estressores cumulativos e recursos de parentalidade, e verificar o efeito preditivo de tais variáveis para os problemas comportamentais de crianças em idade escolar. Propôs-se um delineamento transversal, correlacional preditivo. A amostra, de conveniência, abarcou 100 díades mãe-criança, distribuídas em dois grupos: Grupo Depressão – 50 díades mãe-criança, cujas mães apresentaram diagnóstico de depressão recorrente; e Grupo Comparação – 50 díades, com mães sem história de transtornos psiquiátricos. Incluiu-se crianças de ambos os sexos, com idade entre sete e 12 anos, com nível intelectual maior ou igual ao médio inferior. A identificação das mães foi realizada junto a serviços de saúde, e as crianças foram identificadas por meio de suas mães. Procedeu-se à coleta de dados em situação individual, face a face. As mães responderam aos seguintes instrumentos: Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV; Questionário Geral; Questionário de Capacidades e Dificuldades; Escala de Eventos Adversos; Escala de Adversidade Crônica, Inventário de Recursos do Ambiente Familiar; e Entrevista com Roteiro Semiestruturado para avaliação dos estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade. 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 codificadas foram submetidas à concordância entre avaliadores. Verificou-se a normalidade das distribuições das variáveis, sendo utilizados: Teste do Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher, Teste  $t$  de Student, Correlação de Pearson, Regressão Linear, Regressão Logística Bivariada e Multinomial, e curva ROC, com  $p \leq 0,05$ . Nas comparações, detectou-se com significância estatística, que no Grupo Depressão: as crianças apresentaram mais dificuldades comportamentais quanto ao total, Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas; identificou-se mais eventos adversos, mais adversidades crônicas, mais estressores cumulativos; e menos recursos

do ambiente familiar e de parentalidade. Foram identificadas correlações significativas, na maioria moderadas, entre as variáveis depressão materna, problemas comportamentais, estressores cumulativos e recursos de parentalidade. Com base na regressão linear simples, constatou-se que a gravidade da depressão materna, os estressores cumulativos e os recursos de parentalidade foram preditores de todos os problemas comportamentais, exceto a depressão materna para Hiperatividade. As análises de regressão linear múltipla revelaram como preditores: a depressão materna e os estressores cumulativos para Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas; os estressores cumulativos para Total de Dificuldades e Problemas de Conduta; e os recursos de parentalidade para Hiperatividade. Na regressão logística multinomial, somente a depressão materna afetou significativamente a probabilidade das crianças apresentarem problemas Internalizantes. Verificou-se pelas análises de mediação que os recursos de parentalidade mediarão a associação entre depressão materna e Total de Dificuldades. Esses dados evidenciaram que os problemas de comportamento são multideterminados, tendo as variáveis estudadas peso distinto. Tais achados têm implicações para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção em saúde mental materna e infantil, com destaque para os programas de orientação de pais.

Palavras-chave: Depressão. Mães. Criança. Estressores. Parentalidade. Comportamento.

## ABSTRACT

Silva-Rodrigues, A. P. C. (2019). *Cumulative stressors and parenting resources: predictors of behavior among school-aged children living with maternal depression*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Maternal depression is considered an adversity that affects child development, but there is a lack of studies addressing parenting and contextual variables associated with it. The objective was to identify potential associations between maternal depression, cumulative stressors and parenting resources, and verify the predictive effect of these variables on school-aged children. A cross-sectional, predictive correlational design was used. The convenience sample was composed of 100 mother-child pairs assigned to two groups: Depression Group – 50 mother-child pairs, whose mothers presented a diagnosis of recurrent depression and Comparison Group – 50 mother-child pairs with no history of psychiatric disorders. Children aged between seven and 12 years, both sexes, with an intellectual level equal to or greater than the lower average, were included. The mothers were identified in health services and the children were identified through their mothers. Data were individually collected in face-to-face meetings. The mothers completed the following instruments: Structural Clinical Interview for DSM-IV; General Questionnaire; Strengths and Difficulties Questionnaire; Adverse Events Scale; Chronic Adversity Scale; Family Environment Resource Inventory; and a semi-structured script to assess cumulative stressors and parenting resources. The children completed the Raven's Progressive Matrices and the School Performance Test. The instruments were coded in accordance with technical standards and the coded interviews were submitted to the agreement of judges. The Chi-square test or Fisher's Exact test, Student's t test, Pearson's Correlation, Linear Regression, Bivariate and Multinomial Logistic Regression, and ROC were used. The normal distribution of variables was verified with  $p \leq 0.05$ . Comparison between the groups revealed statistically significant differences among the children in the Depression Group, as they more frequently presented total behavioral difficulties, Emotional Problems, and Relationship Problems with Peers. They also experienced more adverse events, more chronic adversities, more cumulative stressors, and possessed fewer family environment and parenting resources. Significant correlations, moderate in most cases, were found between maternal depression variables and behavioral

problems, cumulative stressors, and parenting resources. Simple linear regression showed that the severity of maternal depression, cumulative stressors and parenting resources predicted all behavioral problems, except Hyperactivity. Multiple linear regression revealed the following predictors: maternal depression and cumulative stressors predicted Emotional Symptoms and Relationship Problems with Peers; cumulative stressors predicted Total Difficulties and Conduct Disorders; parenting resources predicted Hyperactivity. Multinomial logistic regression showed that only maternal depression significantly affected the likelihood of children presenting internalizing problems. Analyses of mediation revealed that parenting resources mediated association between maternal depression and Total Difficulties. Results show that behavioral problems are multi-determined and the variables addressed here present different weights. These findings have implications for the development of preventive strategies and interventions focused on maternal and child mental health, especially programs intended to provide guidance to parents.

Keywords: Depression. Mothers. Child. Stressors. Parenting. Behavior.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percurso amostral – Grupo Depressão.....	90
Figura 2 – Percurso amostral – Grupo Comparação.....	91
Figura 3 – Modelo de mediação proposto por Baron e Kenny (1986).....	112
Figura 4 – Coeficiente de regressão padronizados para o efeito direto da gravidade da depressão materna para o desfecho Total de Dificuldades, e para o efeito indireto do total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e Total de Dificuldades do SDQ por meio da mediação.....	139
Figura 5 – Curva ROC para Estressores Cumulativos (n = 100).....	142
Figura 6 – Curva ROC para Recursos de Parentalidade (n = 100).....	145

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Questões utilizadas da Entrevista com Roteiro Semiestruturado, relativas aos estressores cumulativos e aos recursos de parentalidade, na ordem de aplicação..... 97
- Quadro 2 – Categorias, itens e fontes de informações/instrumentos dos estressores cumulativos..... 105
- Quadro 3 – Categorias, itens, dimensões/determinante e fontes de informações/instrumentos dos recursos de parentalidade..... 108

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e comparações entre as variáveis referentes a características das crianças, das mães e das famílias para os grupos Depressão (n = 50) e Comparação (n = 50)..... 116
- Tabela 2 – Perfil clínico das mães do Grupo Depressão (n = 50) em relação à gravidade, à recorrência, ao tratamento da depressão, à percepção materna da condição atual e ao período inicial de exposição da criança a esse transtorno..... 118
- Tabela 3 – Comparações entre os grupos (Depressão e Comparação) quanto ao comportamento das crianças (SDQ – Escore Total de Dificuldades e escores das escalas) (n = 100)..... 120
- Tabela 4 – Comparações entre os grupos (Depressão e Comparação) 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)..... 121
- Tabela 5 – Caracterização e comparação do perfil comportamental das crianças do Grupo Depressão (n = 50) e do Grupo Comparação (n = 50), tendo por referência a classificação dos escores das escalas do SDQ em comportamentos Internalizantes e Externalizantes..... 122
- 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 Total de Dificuldades (Grupo Depressão – n = 50)..... 123
- 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 Sintomas Emocionais (Grupo Depressão – n = 50).....	124
Tabela 8 –	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 Problemas de Relacionamento com Colegas (Grupo Depressão – n = 50).....	125
Tabela 9 –	Comparações entre os grupos (Depressão e Comparação) quanto aos eventos adversos (EEA), às adversidades crônicas (EAC) e aos estressores cumulativos (n = 100).....	126
Tabela 10 –	Comparações entre os grupos (Depressão e Comparação) referente aos recursos do ambiente familiar (RAF) e aos recursos de parentalidade (n = 100).....	127
Tabela 11 –	Correlações entre gravidade da depressão materna, indicadores comportamentais (SDQ), eventos adversos (EEA), adversidades crônicas (EAC), estressores cumulativos, recursos do ambiente familiar (RAF) e recursos de parentalidade (n = 100).....	129
Tabela 12 –	Análises de regressão linear simples considerando a variável preditora gravidade da depressão materna para os desfechos de problemas comportamentais do SDQ (n = 100).....	131
Tabela 13 –	Análises de regressão linear simples considerando a variável preditora total estressores cumulativos para os desfechos de problemas comportamentais do SDQ (n = 100).....	132

Tabela 14 –	Análises de regressão linear simples considerando a variável preditora total recursos de parentalidade para os desfechos de problemas comportamentais do SDQ (n = 100).....	133
Tabela 15 –	Análise de regressão linear múltipla considerando as variáveis preditoras (gravidade da depressão materna, estressores cumulativos e recursos de parentalidade) para os desfechos de problemas comportamentais do SDQ (n = 100).....	134
Tabela 16 –	Coefficientes do Modelo 1 multinomial que relaciona os desfechos comportamentais vs. gravidade da depressão materna, total estressores cumulativos e total recursos de parentalidade (n = 100).....	136
Tabela 17 –	Coefficientes do Modelo 2 multinomial que relaciona os desfechos comportamentais vs. gravidade da depressão materna, total estressores cumulativos e do total recursos de parentalidade (n = 100).....	137
Tabela 18 –	Mediação da variável total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Total de Dificuldades (n = 100).....	138
Tabela 19 –	Mediação da variável total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Sintomas Emocionais (n = 100).....	139
Tabela 20 –	Mediação da variável total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Problemas de Conduta (n = 100).....	140
Tabela 21 –	Mediação da variável total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Problemas de Relacionamento com Colegas (n = 100).....	141

Tabela 22 –	Distribuição da amostra em função da classificação no escore total de dificuldades do SDQ e nos indicadores de estressores cumulativos (n = 100).....	141
Tabela 23 –	Pontos de corte, sensibilidade e especificidade dos estressores cumulativos (n = 100).....	143
Tabela 24 –	Valores de validade discriminativa dos estressores cumulativos (ponto de corte $\geq 15$ ) referente a presença de dificuldades comportamentais no SDQ (n = 100).....	144
Tabela 25 –	Distribuição da amostra em função da classificação no escore total de dificuldades do SDQ e nos indicadores de recursos de parentalidade (n = 100).....	144
Tabela 26 –	Pontos de corte, sensibilidade e especificidade dos recursos de parentalidade (n = 100).....	146
Tabela 27 –	Valores de validade discriminativa dos recursos de parentalidade (ponto de corte $\leq 27$ ) referente a presença de dificuldades comportamentais no SDQ (n = 100).....	147

## LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	American Psychological Association
ASBI	Adaptive Social Behavior Inventory
CBCL	Child Behavior Checklist
CCEI	Crown Crisp Experiential Index
CEDPI	Centro de Excelência para o Desenvolvimento da Primeira Infância
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESD	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CESD-SF	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 7-item Short Form
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
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FFCWB	Fragile Families and Child Wellbeing
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
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%
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version
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
ROC	Received Operating Characteristic
SCID	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SCID-NP	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Edição para Não Pacientes
SDQ	Questionário de Capacidades e Dificuldades
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
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
TRF	Teacher's Report Form
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A –	Questionário Geral.....	219
APÊNDICE B –	Codificação e pontuação do perfil clínico das mães com depressão recorrente.....	221
APÊNDICE C –	Codificação e pontuação das variáveis relativas aos estressores cumulativos.....	222
APÊNDICE D –	Codificação e pontuação das variáveis relativas aos recursos de parentalidade.....	225

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A –	Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP.....	231
ANEXO B –	TCLE para as mães Grupo Depressão.....	232
ANEXO C –	TCLE para as mães Grupo Comparação.....	233
ANEXO D –	Itens do Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP.....	234
ANEXO E –	Questionário sobre a Saúde do Paciente-9.....	235
ANEXO F –	Questionário de Capacidades e Dificuldades.....	236
ANEXO G –	Inventário de Recursos do Ambiente Familiar.....	237
ANEXO H –	Escala de Eventos Adversos.....	240
ANEXO I –	Escala de Adversidade Crônica.....	241

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	24
1.1 A perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento.....	25
1.2 As crianças em idade escolar e as tarefas de desenvolvimento.....	29
1.3 Problemas comportamentais em escolares: indicadores e prevalência.....	30
1.4 Aspectos clínicos e epidemiológicos da depressão.....	34
1.5 Depressão materna e impacto para problemas comportamentais na infância.....	37
1.6 Depressão materna, adversidades e recursos do ambiente familiar.....	46
1.7 Depressão materna e estressores cumulativos.....	50
1.8 Depressão materna e parentalidade.....	57
1.9 Contextualizando o estudo.....	79
2 OBJETIVOS.....	81
2.1 Objetivo geral.....	82
2.2 Objetivos específicos.....	82
3 MÉTODO.....	83
3.1 Delineamento.....	84
3.2 Aspectos éticos.....	84
3.3 Participantes.....	85
3.4 Caracterização da situação do estudo.....	86
3.5 Seleção dos participantes – Critérios de inclusão e exclusão.....	87
3.5.1 Seleção das mães.....	87
3.5.2 Seleção das crianças.....	88
3.6 Percurso amostral.....	88
3.6.1 Grupo Depressão – Mães com depressão recorrente.....	89
3.6.2 Grupo Comparação – Mães sem transtorno psiquiátrico.....	90
3.7 Instrumentos.....	91
3.7.1 Com as mães.....	91
3.7.2 Com as crianças.....	98
3.8 Procedimentos.....	100
3.8.1 Coleta de dados.....	100
3.8.2 Tratamento dos dados.....	102
4 RESULTADOS.....	114

4.1 Perfil sociodemográfico e clínico da amostra.....	115
4.2 Comparações entre os grupos .....	119
4.2.1 Indicadores comportamentais das crianças.....	119
4.2.2 Indicadores relativos às condições de risco – Eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos.....	126
4.2.3 Indicadores relativos às condições de proteção – Recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade .....	127
4.3 Correlações entre as variáveis .....	128
4.4 Análises de Regressão .....	131
4.4.1 Regressão Linear .....	131
4.4.2 Regressão Logística Multinomial.....	136
4.5 Análises de Mediação.....	138
4.6 Análise da curva ROC para estressores cumulativos e recursos de parentalidade .....	141
5 DISCUSSÃO.....	148
5.1 Contexto familiar e depressão materna: características sociodemográficas e aspectos clínicos da depressão .....	149
5.2 Problemas comportamentais, condições de risco e condições de proteção sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento: comparações entre os grupos diferenciados pela presença da depressão materna.....	155
5.3 Correlações entre depressão materna, problemas comportamentais, condições de risco e condições de proteção.....	164
5.4 Depressão materna, estressores cumulativos e recursos de parentalidade: modelos preditivos para os desfechos comportamentais das crianças .....	167
5.5 Depressão materna e recursos de parentalidade: relações de mediação para os desfechos comportamentais das crianças .....	177
5.6 Estressores cumulativos e recursos de parentalidade: discriminação de crianças em vulnerabilidade para dificuldades comportamentais .....	182
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	185
6.1 Principais resultados .....	186
6.2 Limites e contribuições do estudo .....	188
REFERÊNCIAS .....	192
APÊNDICES .....	218
ANEXOS .....	230

# 1 INTRODUÇÃO

---

A introdução do presente estudo está organizada em sete tópicos. O primeiro tópico apresenta os conceitos básicos da perspectiva teórica que embasa este estudo – psicopatologia do desenvolvimento. O segundo tópico descreve as tarefas de desenvolvimento típicas da segunda infância, posto que as crianças participantes do estudo estão em idade escolar. O terceiro tópico mostra os indicadores e a prevalência de problemas comportamentais em escolares. O quarto tópico aborda aspectos clínicos e epidemiológicos do transtorno depressivo, visto seu impacto para o contexto familiar, inclusive para o desenvolvimento infantil. O quinto tópico focaliza o impacto da depressão maternal para problemas de comportamento durante a infância. O sexto tópico apresenta condições contextuais presentes no ambiente familiar de crianças que convivem com a depressão maternal, as quais são favorecedoras de risco ou proteção. No sétimo tópico, foram abordados os estressores cumulativos, enquanto condição contextual de risco presente nos contextos de convivência com a depressão materna, que pode aumentar a probabilidade de desfechos negativos para as crianças. O oitavo tópico discorre sobre a parentalidade, em geral prejudicada pela sintomatologia depressiva, podendo se configurar como uma condição contextual de risco ou de proteção para o desenvolvimento infantil. Finalizando, o nono tópico contextualiza a proposta deste estudo considerando as lacunas da literatura.

### **1.1 A perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento: conceitos básicos**

A perspectiva 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 desenvolvimentais diversos, propiciando a resiliência ou a desadaptação (Toth & Cicchetti, 2010).

Segundo Cummings, Davies e Campbell (2000), a psicopatologia do desenvolvimento busca compreender o processo dinâmico subjacente ao desenvolvimento normal e anormal. Para tal, adota elementos de uma ampla variedade de disciplinas e considera tanto a influência de fatores positivos quanto de negativos para a possibilidade de diversos desfechos. Dessa forma, reconhece a complexidade do desenvolvimento humano, que resulta do interjogo entre essas múltiplas influências, bem como da interação entre o contexto social e o indivíduo ao

longo do tempo. As condições pessoais, de grupos e do ambiente podem se alterar ao longo da vida, dependendo do estágio de desenvolvimento e das demandas exigidas em cada período, o que pode levar a diferentes desfechos para os indivíduos ou grupos (Masten & Gewirtz, 2006).

Quanto ao desenvolvimento infantil, sob tal enfoque, destacam-se 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 da perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, serão abordados, de forma breve, alguns conceitos básicos, 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). De acordo com 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 apenas de aspectos individuais como habilidades cognitivas e sociais, mas também, é alvo de forte influência dos fatores ambientais (Bee, 2003).

O risco e o estresse são basicamente os dois tipos de adversidades, que influenciam o curso do desenvolvimento saudável. Os eventos estressores 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 referem-se 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).

Rutter (1978) identificou uma forte associação entre o número de fatores de risco e a probabilidade de transtornos psiquiátricos na infância. Dessa forma, propôs um “índice de adversidade familiar” referente a somatória do número de fatores de risco presentes na vida da criança. Esse autor concluiu que não era um fator de risco isolado, mas o número total de

fatores de risco ao qual a criança estava exposta que aumentava a sua vulnerabilidade para a presença de psicopatologia.

O risco cumulativo caracteriza-se pela exposição a múltiplos fatores de risco, sendo que tal condição apresenta maior impacto para o desenvolvimento dos indivíduos em comparação a exposição a um único fator de risco (Evans, Li, & Whipple, 2013). Os modelos de risco cumulativo combinam um conjunto de múltiplos fatores de risco como baixa escolaridade materna, depressão materna e ausência paterna, dicotomizando-os como presentes ou ausentes para posterior cálculo de uma escore total de risco (Atkinson et al., 2015).

Para 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. Além disso, esses autores apontaram que as respostas frente ao estresse 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. O risco, por sua vez, 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. Rutter (1987) enfatizou que 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.

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, conseqüentemente, favorecer respostas de adaptação do indivíduo ao seu ambiente, com mais competência (Yunes & Szymanski, 2001). Faz-se importante destacar, 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). Ressalta-se que os fatores de proteção não são sinônimos de experiências positivas, mas sim qualidades ou condições do indivíduo ou do ambiente que podem favorecer respostas positivas e adaptativas frente a eventos de vida adversos (Juliano & Yunes, 2014). Ademais, não tem

simplesmente a função 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 saber: (a) atributos disposicionais do indivíduo, (b) coesão familiar e (c) rede de apoio social bem definida (Pinheiro, 2004). Essas classes foram identificadas também por Maia e Willians (2005), em um estudo de revisão, no qual analisaram vários estudos científicos sobre fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil, verificando 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 conforme a idade, o gênero e as expectativas sociais (Yunes & Szymanski, 2001). Pode ser favorecida por fatores de proteção, à medida que facilitam o processo individual de identificação e enfrentamento do risco, auxiliando o indivíduo a dimensioná-lo (Pesce et al., 2004), bem como reduzem o impacto de condições ou experiências negativas, contribuindo para resultados adaptativos (Masten & Gewirtz, 2006).

Considerando a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, no presente estudo, serão abordadas quatro variáveis centrais, sustentadas por achados prévios da literatura, a saber: depressão materna, estressores cumulativos, recursos de parentalidade e problemas comportamentais. A depressão materna será estudada como uma variável individual/condição pessoal, enquanto adversidade que influencia o contexto familiar e favorece problemas de comportamento na infância. Os estressores cumulativos e os recursos de parentalidade serão examinados como variáveis contextuais/condições do ambiente relativas a risco e proteção, respectivamente. Os problemas comportamentais das crianças serão a variável de desfecho, mensurada por meio de um indicador reconhecido das tarefas de desenvolvimento no período escolar.

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

As tarefas de desenvolvimento referem-se às expectativas de realização para cada faixa etária ao longo da vida, determinadas pela sociedade ou cultura, representando progressos no desenvolvimento. Há tarefas de desenvolvimento esperadas em todas as sociedades humanas como andar e falar, bem como tarefas específicas de determinada cultura ou comunidade, por exemplo, tecer e fazer um tipo de cerâmica (Masten & Tellegen, 2012). Para crianças em idade escolar participantes do *Project Competence Longitudinal Study*, tais autores utilizaram como critérios importantes de sucesso: desempenho acadêmico, relações com colegas e conduta (por exemplo, cumprir ou seguir regras versus agressividade ou comportamento disruptivo).

A escola adquire um papel central na vida das crianças, de seis a 11 anos, sendo um marco para o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial (Papalia, Olds, & Feldman, 2010). Neste período, ocorrem mudanças importantes, que serão fundamentais na preparação das crianças para as exigências da adolescência e da fase adulta.

As crianças em idade escolar têm como principal desafio dar conta de duas tarefas de desenvolvimento: o estabelecimento de relacionamentos interpessoais com os pares e um desempenho escolar satisfatório, sendo que o cumprimento dessas tarefas se constitui 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.

A inserção no ambiente escolar representa a necessidade de adaptação a demandas acadêmicas e interpessoais. Espera-se que as crianças aprendam competências e papéis específicos de sua cultura, como leitura, escrita e aritmética (Bee, 1997). Além disso, as crianças precisam estabelecer novos relacionamentos com professores e pares, sendo necessário a ampliação do repertório de habilidades sociais. Faz-se importante apontar que o baixo desempenho acadêmico demonstra associação com déficits no repertório de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2005).

Esse período de desenvolvimento corresponde a infância intermediária, no qual o relacionamento com os pares assume grande importância e ocorre mudança quanto à compreensão das amizades, que passam a ser vistas como relações recíprocas (Bee, 1997). O grupo de amigos permite o contato com novas perspectivas, favorecendo ter liberdade para

juízos independentes e afastando a criança da influência exclusiva dos pais, a qual adquire um senso de identidade (Papalia et al., 2010).

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. As crianças agressivas tendem a ser impopulares e buscar amizades com crianças com padrão comportamental semelhante (Papalia et al., 2010). Em geral, as crianças que sofrem rejeição apresentam elevados níveis de agressividade, estando mais propensas a ter problemas comportamentais na adolescência e transtornos psiquiátricos na vida adulta (Bee, 1997).

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

Além de medidas do desempenho acadêmico, como medida de adaptação frente às tarefas de desenvolvimento no período escolar, vários estudos têm utilizado indicadores de problemas comportamentais. Segundo Achenbach et al. (2008), os problemas comportamentais representam as dificuldades mais frequentes para os escolares.

Em função da elevada incidência de problemas de comportamento durante a infância intermediária, abordar-se-á no próximo tópico os indicadores e a prevalência destes em escolares.

### **1.3 Problemas comportamentais em escolares: indicadores e prevalência**

Segundo Bee (2003), os problemas de comportamento na infância podem ser classificados em três principais categorias, 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; e os problemas internalizantes são aqueles relacionados a ansiedade e

depressão. Quanto à categoria dificuldades de atenção, essa abrange os déficits de atenção e a hiperatividade, que estão relacionados aos problemas de atenção e à inquietude física, respectivamente.

Tais problemas têm apresentado elevada prevalência durante a infância. Nos Estados Unidos, Ghandour, Kogan, Blumberg, Jones e Parrin (2012) analisaram as diferenças geográficas quanto à saúde mental de 64.076 crianças e adolescentes de seis a 17 anos de idade, verificando que aproximadamente 8% das crianças e adolescentes já tinham sido diagnosticadas com depressão ou ansiedade, e 5,4% com problemas comportamentais ou de conduta. Constataram ainda que a prevalência de problemas de saúde mental variou significativamente, conforme o estado de moradia das crianças e dos adolescentes, sendo que as taxas dos diagnósticos de depressão ou ansiedade variaram de 4,8 a 14,4% nos diferentes estados americanos, e as dos diagnósticos de problemas comportamentais ou de conduta variaram de 3,2 a 9,2%. Na metanálise de Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye e Rohde (2015), foram analisados 41 estudos de prevalência de transtornos mentais investigando amostras da comunidade de crianças e adolescentes de 27 países de todas as regiões do mundo, que utilizaram métodos padronizados de avaliação para diagnósticos de acordo com o DSM ou a CDI. Os resultados mostraram que a prevalência mundial de transtornos mentais foi de 13,4%, sendo eles: transtornos de ansiedade (6,5%), transtornos depressivos (2,6%), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (3,4%), qualquer transtorno disruptivo (5,7%). Os autores destacaram que a representatividade da amostra, o quadro amostral e a entrevista diagnóstica adotada mostraram-se moderadores significativos das estimativas de prevalência; entretanto, não variaram em função da localização geográfica dos países, nem do ano de coleta de dados.

Com uma amostra de 1.251 crianças e adolescentes (sete a 14 anos) do sudeste do Brasil, Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) identificaram a prevalência dos transtornos mentais de 12,7%, sendo que os mais prevalentes foram os transtornos de conduta (7,0%) e de ansiedade (5,2%).

Em um estudo transversal, multicêntrico envolvendo quatro municípios de quatro regiões brasileiras (Sudeste, Centro, Nordeste e Norte), Paula et al. (2015) avaliaram a prevalência de transtornos psiquiátricos em uma amostra de 1.359 alunos de escolas públicas, com seis a 16 anos de idade. Por meio da aplicação da versão brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL) com as mães ou os principais cuidadores, identificaram uma prevalência global de 13,1% para um ou mais transtornos psiquiátricos, de 7,2% para Transtornos de Ansiedade,

de 4,5% para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), de 2,3% para Transtorno de Conduta/Desafiador Opositor, de 0,5% para Transtorno Depressivo e de 1,5% para outros transtornos (abuso de substâncias, transtornos de tiques, transtornos alimentares e/ou transtornos psicóticos). Detectaram ainda algumas diferenças nas taxas de prevalência por município/região, embora todos os municípios apresentassem características semelhantes (número de habitantes, localizados perto de uma capital do estado e com um Índice de Desenvolvimento Humano próximo da média nacional). No município do Nordeste, a taxa de qualquer transtorno psiquiátrico foi menor do que em qualquer um dos outros três municípios. As taxas de TDAH e transtornos disruptivos foram maiores no município da região Central e menores no Nordeste. O transtorno de conduta/desafiador opositor foi mais prevalente no Centro e menos prevalente no Nordeste e Norte. Tais autores argumentaram que como o Brasil é um país grande e heterogêneo em termos de status socioeconômico e disponibilidade de recursos, faz-se importante examinar os contextos locais para melhor compreensão das diferenças nas necessidades de saúde mental das crianças.

Outro ponto a ser analisado diz respeito às características dos instrumentos utilizados para a detecção das taxas de problemas. Para identificação dos problemas de comportamento na infância e na adolescência, foram desenvolvidos vários questionários dentre os quais se destacam: o *Child Behavior Checklist – CBCL* (Achenbach, 1991), o *Children’s Behavior Questionnaire* (Rutter, 1967) e o *Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ* (Goodman, 1997). O SDQ por ser um instrumento de uso livre, curto e simples, elaborado para suprir as demandas clínicas e com boa aceitação pelos respondentes (Fleitlich, Cortázar, & Goodman, 2000; Goodman, 1997) tem sido amplamente utilizado, tendo sido traduzido em mais de 60 idiomas (Stone et al., 2010). De acordo com uma revisão sistemática que examinou a produção científica relativa às propriedades psicométricas do SDQ, os estudos analisados verificaram índices satisfatórios de validade e fidedignidade em 21 países, inclusive no Brasil, evidenciando seu alcance transcultural e sua aplicabilidade para detecção de problemas comportamentais infanto-juvenil (Saur & Loureiro, 2012).

Dadas às características do delineamento desse estudo serão relatados a seguir estudos nacionais que objetivaram definir a prevalência de problemas de comportamento na infância tendo como instrumento o SDQ.

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, foi verificada uma taxa de prevalência de problemas comportamentais de 15% na amostra geral com base no escore total de dificuldades do SDQ.

Observaram-se ainda que 22% dessas crianças e adolescentes com problemas moravam em favelas, sendo que a pobreza foi um dos fatores de risco associados a problemas comportamentais em crianças e adolescentes, além da violência familiar e problemas de saúde mental maternos.

Cury e Golfeto (2003) realizaram um estudo no município de Ribeirão Preto - SP, no qual 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. Esses autores identificaram a taxa de prevalência de 18,7% para problemas de comportamento na avaliação dos pais e de 8,3%, na avaliação dos professores.

Em outro estudo brasileiro que examinou a prevalência de problemas comportamentais em 454 escolares de sete a 11 anos, do interior de São Paulo, foi constatado, por meio do SDQ, que 35,2% das crianças apresentaram problemas de comportamento em geral, sendo que os sintomas emocionais foram os mais frequentes (47,8%), seguidos dos problemas de conduta (32,6%), hiperatividade (31,1%) e problemas de relacionamento com colegas (25,8%) (Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman, & Bordin, 2005)

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.

Outro estudo nacional também usou o SDQ para avaliar a prevalência de problemas de saúde mental em uma amostra de 321 escolares da rede municipal de ensino de São Carlos. Foi detectado que 43% das crianças apresentaram escores clínicos no total de dificuldades do SDQ na percepção dos responsáveis (maioria mães – 84%), sendo que 19% ainda referiu impacto negativo da dificuldade para o contexto familiar e escolar. Para as escalas do SDQ, verificou-se a seguinte prevalência de crianças com escores indicativos de dificuldades, classificados como clínicos: 53% problemas emocionais, 39% problemas de conduta, 32% hiperatividade, 31% problemas de relacionamento com colegas e 6% com dificuldades quanto ao comportamento pró-social. Esse estudo ainda identificou que os escores das crianças nas escalas de dificuldades do SDQ foi significativamente maior quando os responsáveis tinham um transtorno mental (Cid & Matsukura, 2014).

Quanto ao uso do SDQ (rastreamento) em conjunto com instrumento diagnóstico – DAWBA (*Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents*), um estudo brasileiro utilizou ambos para identificar problemas de saúde mental em uma amostra clínica de crianças de seis a 12 anos de idade (n=103), com dificuldades escolares. Em relação à prevalência de problemas emocionais e comportamentais de acordo com o SDQ, verificou-se que 70% das crianças apresentaram nível clínico e 12% nível limítrofe de problemas, totalizando 82% de crianças consideradas em risco. Por meio do DAWBA, foi identificado que 90% das crianças apresentaram dificuldade em pelo menos um dos transtornos avaliados, sendo os transtornos mais frequentes: TDAH (62%), transtorno de ansiedade (54%) e transtorno de conduta (44%), respectivamente (D’Abreu & Marturano, 2011).

O SDQ e o DAWBA também foram usados por Anselmi, Fleitlich-Bilyk, Menezes, Araújo e Rohde (2010) para estimar a prevalência dos distúrbios psiquiátricos em 4.452 pré-adolescentes entre 11 e 12 anos de uma cidade do sul do Brasil. Esses autores detectaram que 10,8% dos pré-adolescentes apresentaram pelo menos um distúrbio psiquiátrico, de acordo com a CID-10 ou com o DSM-IV. Além disso, constataram que os resultados obtidos por ambos os instrumentos foram compatíveis, verificando que os distúrbios mais prevalentes foram: ansiedade (6%), transtorno de conduta (4,4%), TDAH (4,1%) e depressão (1,6%).

Analisando-se os estudos citados, verifica-se que as taxas de prevalência de problemas de comportamento na infância, em geral, foram elevadas (5-43%), o que evidencia a necessidade de se estudar suas implicações para o desenvolvimento das crianças, bem como os mecanismos de risco envolvidos no seu estabelecimento.

Dentre as condições de risco reconhecidas com impacto para o indivíduo, a família e o desenvolvimento infantil inclui-se a depressão materna, variável de interesse do presente estudo. Os aspectos clínicos do transtorno depressivo serão abordados no próximo tópico.

#### **1.4 Aspectos clínicos e epidemiológicos da depressão**

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2018), a depressão atinge mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades no mundo, o que equivale a aproximadamente 4,4% da população. No Brasil, em levantamento realizado pela OMS (2017) no ano de 2015, identificou-se que 5,8% da população brasileira apresentava depressão.

O transtorno depressivo tem impacto na qualidade de vida das pessoas, em razão de sua sintomatologia caracterizada por: 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 Psychological Association [APA], 2014). Tal transtorno leva a perdas consideráveis de saúde e funcionamento, que afetam inclusive a capacidade de um indivíduo de cuidar de suas responsabilidades diárias e sua produtividade no trabalho, constituindo-se na principal causa de incapacidade. Ademais, pode levar ao suicídio, sendo o principal contribuinte para mortes deste tipo, que chegam a quase 800 mil por ano no mundo (OMS, 2018).

Um estudo multicêntrico, com 89.036 participantes adultos, identificou 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). Em um estudo nacional, Andrade et al. (2012) avaliaram mais de 5.000 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%), sendo ainda detectado a alta prevalência dessa psicopatologia em mulheres na faixa etária de 18 a 49 anos.

Em um estudo brasileiro, que analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013, tendo como participantes 60.202 adultos (maiores de 18 anos), foi detectada uma taxa de prevalência de depressão de 7,9% na população estudada. Verificou-se ainda que desses participantes deprimidos, 78,8% relataram não realizar nenhum tratamento e 14,1% fazer uso apenas de medicação (Lopes, Hellwig, Silva, & Menezes, 2016).

Um estudo de revisão conduzido por Rocha-Almeida e Faro (2016), com objetivo de mapear a publicação de artigos brasileiros sobre depressão de 2012 a 2014, verificou que a média geral de depressão relatada nos 107 estudos analisados foi de 30%. Além disso, identificou como grupos mais vulneráveis ao transtorno depressivo: mulheres, idosos, portadores de doenças crônicas, e pessoas com baixa escolaridade e baixa renda. Fiuza e Golanoski Junior (2018) descreveram aspectos relevantes da depressão, apontando os seguintes fatores de risco: baixa renda, baixa escolaridade, sexo feminino, idade de início entre 20 e 40 anos, estresse crônico, falta de suporte social, pessoas divorciadas ou separadas, que moram sozinhas ou viúvas, e residentes em zona urbana.

As mulheres têm se mostrado mais vulneráveis que os homens para desenvolver transtorno depressivo (Andrade et al., 2012; Cunha, Bastos, & Duca, 2012; Hammen, Bistricky, & Ingran, 2010), 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). Em relatório da OMS (2017), também foi destacado que a prevalência da depressão é maior entre as mulheres (5,1%) do que entre os homens (3,6%).

Na metanálise de Gelaye, Rondon, Araya e Williams (2016), foram analisados 104 estudos publicados entre 1998 e 2015 sobre a epidemiologia da depressão perinatal (durante os períodos pré e pós-parto) entre mulheres residentes em países de baixa e média renda, sendo 22 desses estudos conduzidos no Brasil. Verificou-se uma elevada prevalência de depressão anteparto (25,3%) e pós-parto (19%), evidenciando a necessidade de programas de atendimento para gestantes e puérperas nesses países. Segundo Molina et al. (2012), aproximadamente um quarto da demanda da rede de atenção básica em saúde no Brasil refere-se aos transtornos depressivos, o que demonstra a importância de políticas públicas voltadas para saúde mental dos usuários.

Gonçalves et al. (2018) analisaram a prevalência de depressão e os fatores associados em 1.958 mulheres entre 20 e 59 anos, atendidas em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora (MG). Para mensurar a depressão, utilizaram a versão brasileira do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), verificando uma prevalência de 19,7%. Quanto aos fatores associados à ocorrência da depressão, identificaram como risco: a baixa escolaridade, trabalhar atualmente e doença mental prévia; e como proteção: ser casada ou viver com companheiro, realizar atividades físicas regularmente e relatar autoavaliação positiva de saúde.

No Irã, também com participantes somente do sexo feminino, Vameghi, Akbari, Sajjadi, Sajedi e Alavimajd (2018) realizaram um estudo transversal com uma amostra clínica de 1065 mulheres em idade reprodutiva (18 a 35 anos), as quais foram selecionadas randomicamente, com objetivo de verificar as possíveis associações entre status socioeconômico, ansiedade, percepção de estresse, suporte social e depressão. Foram identificados diferentes níveis de depressão (leve a grave) em 47,69% das mulheres. Os resultados mostraram que todas as variáveis analisadas apresentaram correlação direta com a depressão, sendo que o status socioeconômico e o suporte social também se correlacionaram indiretamente a presença de sintomas depressivos nessas mulheres. Esses autores destacaram que o status socioeconômico foi a variável que teve maior efeito sobre a depressão.

Embora os homens sejam menos vulneráveis ao transtorno depressivo, a apresentação de sintomas depressivos pelos pais também influencia o desenvolvimento dos filhos. Sweeney e MacBeth (2016), em um estudo de revisão, analisaram 21 estudos empíricos, considerados com bom controle metodológico, que abordaram a depressão em pais. Os resultados evidenciaram que a depressão parental tem impacto negativo para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, apresentando associação significativa com mais comportamentos internalizantes e externalizantes. Além disso, foram identificadas variáveis contextuais que mediam essa associação, sendo elas: comportamento parental (expressividade negativa, hostilidade e baixo envolvimento) e conflitos conjugais.

Considerando-se a alta prevalência de depressão em mulheres no período da maternidade, faz-se importante o estudo das possíveis influências 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 (Centro de Excelência para o Desenvolvimento da Primeira Infância [CEDPI], 2013; Mendes et al., 2012; Pizeta, Silva, Cartafina, & Loureiro, 2013; Stein et al., 2012), aumentando a possibilidade de problemas de comportamento por parte das crianças.

No próximo tópico, será abordado o impacto da depressão materna para os problemas comportamentais na infância.

### **1.5 Depressão materna e impacto para problemas comportamentais na infância**

A saúde mental materna quando precária pode favorecer o surgimento de problemas de comportamento por parte dos filhos. Ghandour et al. (2012) avaliaram a saúde mental de crianças e adolescentes entre seis e 17 anos de idade, tendo verificado que uma condição precária de saúde mental por parte das mães foi significativamente associada aos problemas de saúde mental dos filhos. Esses autores identificaram quatro a sete vezes mais chances de crianças filhas de mães com problemas de saúde mental apresentarem um distúrbio emocional ou comportamental.

Dentre os problemas de saúde mental das mães, destaca-se a depressão materna como uma importante condição de adversidade com impacto negativo para o desenvolvimento dos filhos, potencializando dificuldades comportamentais e emocionais na infância (Elgar,

Waschbusch, Mcgrath, Stewart, & Curtis, 2004; Goodman, et al., 2011; Mian, Tango, Lopes, & Loureiro, 2009; Pizeta, et al., 2013).

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

Em um estudo com 151 mães e crianças, acompanhadas dos sete aos 17 anos, Weissman et al. (2006) verificaram associação significativa entre o tratamento medicamentoso para mães deprimidas e a redução dos diagnósticos de transtornos psiquiátricos das crianças. Identificaram uma diminuição global de 11% nas taxas de diagnósticos para crianças filhas de mães com depressão após a remissão dos sintomas, enquanto para os filhos das mães que permaneceram deprimidas (50%) detectaram um aumento nas taxas de transtornos. Em outro estudo, conduzido por Rishel et al. (2006) com 272 díades mãe-criança, foi identificada associação direta e significativa entre a saúde mental da mãe e dos filhos, visto que as mães com transtornos psiquiátricos referiram melhora na condição de saúde mental dos filhos à medida que experimentaram melhora da sua própria saúde mental.

Weissman et al. (2015) realizaram um ensaio clínico randomizado de 12 semanas, no qual avaliaram os efeitos diferenciais do tratamento medicamentoso para mães deprimidas ( $n = 76$ ) em seus filhos ( $n = 135$ ) de sete a 17 anos de idade. Embora não tenha sido detectada diferenças significativas no tratamento ou remissão dos sintomas depressivos das mães independentemente do tipo de psicotrópico utilizado (escitalopram, bupropiona ou combinação de ambos), apenas no grupo escitalopram houve melhora significativa da depressão materna, associada à melhora dos sintomas depressivos e do funcionamento das crianças. Os autores esclareceram que somente as mães desse grupo de medicamento

relataram melhora da parentalidade (maior capacidade de ouvir e conversar com seus filhos), confirmada pelos relatos de seus filhos, que as descreveram como mais cuidadosas.

Com foco no tratamento psicoterapêutico da depressão materna, Swartz, Cyranowski, Cheng e Amole (2018) buscaram compreender os mecanismos pelos quais a melhora em mães deprimidas, com e sem histórias de trauma e tratadas com psicoterapia, favoreciam mudanças em seus filhos de sete a 18 anos ( $M = 14,8$ ). Para tal, realizaram um estudo longitudinal com 62 díades, com mães diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV e seus filhos diagnosticados com pelo menos um transtorno internalizante por meio da K-SADS-PL. As mães passaram por nove sessões de psicoterapia (psicoterapia interpessoal breve ou psicoterapia de apoio breve) ao longo de três meses. As mães e os filhos foram avaliados na linha de base e seguimentos após três, seis, nove e 12 meses. Verificaram que a melhora dos sintomas depressivos maternos se associou significativamente a melhora do funcionamento dos filhos após seis meses. Foi identificado que o aumento do uso de estratégias parentais positivas mediou essa associação, mas a redução do uso de estratégias parentais negativas não teve tal efeito. Os autores ressaltaram que nenhum dos tipos de psicoterapia enfocaram diretamente os comportamentos parentais. Destacaram ainda que os filhos de mães deprimidas com histórico de trauma precoce apresentam alto risco de desfechos negativos, mesmo quando suas mães recebem tratamento para depressão, tendo detectado que o histórico materno de abuso sexual e negligência moderou a relação entre a resposta materna à psicoterapia e a melhora dos sintomas internalizantes dos filhos.

Quanto ao impacto da depressão materna para o tratamento de saúde mental dos filhos, Acri, Bornheimer, Hamovitch e Lambert (2018) realizaram um estudo com uma amostra clínica de 320 mães e suas crianças entre sete e 11 anos de idade, com transtorno desafiador opositor, recrutadas em serviços de saúde mental do estado de Nova York. Quase metade das mães (48%) apresentou critério para um nível clinicamente significativo de sintomas depressivos, mensurados por meio da *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 7-item Short Form* (CESD-SF). Destaca-se também que a amostra foi composta por 70% de meninos e 42% de famílias em condições de pobreza. Para mães com sintomas clínicos significativos de depressão, foram identificados escores mais altos de estressores e obstáculos que competiam com tratamento da criança, demandas e problemas com o tratamento e relacionamento problemático com o terapeuta, bem como escores mais baixos de percepção da relevância do tratamento. Verificaram que várias barreiras influenciaram a adesão ao tratamento de saúde mental das crianças, demonstrando assim, a importância do tratamento

das mães deprimidas para garantir que seus filhos com problemas comportamentais recebam tratamento.

A análise desses estudos referidos evidencia que a convivência com a depressão materna pode favorecer problemas de comportamento na infância de natureza internalizante e/ou externalizante, bem como déficits de comportamentos pró-sociais. A seguir serão abordados estudos que examinaram desfechos comportamentais diversos, tendo como foco crianças em idade escolar e a persistência dos problemas ao longo do desenvolvimento, assim como estudos que abordaram peculiaridades clínicas das manifestações sintomáticas da depressão materna e o seu impacto.

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, sendo considerada um importante fator de risco ambiental ao desenvolvimento infantil. Identificaram ainda que embora os fatores de risco individuais e ambientais tenham influenciado o desenvolvimento dos problemas externalizantes, o único fator de risco associado aos problemas internalizantes foi a depressão materna. Ao avaliar mães com depressão ( $n = 130$ ) e mães sem depressão ( $n = 68$ ) e seus filhos com menos de dois anos de idade, Gravener et al. (2011) identificaram que os filhos de mães com histórico de depressão, desde o seu nascimento, tiveram mais problemas internalizantes e externalizantes em comparação aos filhos de mães sem depressão. Ademais, verificaram que os filhos de mães com depressão mostraram apego desorganizado e inseguro.

Em relação aos sintomas internalizantes, um estudo brasileiro realizado por Ferrioli, Marturano e Puntel (2007) verificou que a depressão materna apresentou associação significativa com a presença de mais problemas internalizantes para crianças de seis a 12 anos. Feng, Shaw e Silk (2008), em uma amostra de 290 meninos de famílias de baixa renda, que passaram por sete avaliações dos dois aos 10 anos de idade, identificaram que os 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.

Outro estudo que investigou as influências da depressão materna, além da paterna, para problemas internalizantes dos filhos foi realizado por Jacobs, Talati, Wickramaratne e Warner (2015) com uma amostra de mães e pais e seus filhos biológicos, acompanhados dos seis aos 23 anos de idade. Tais autores verificaram que os filhos de mães ou de pais com diagnóstico de depressão apresentaram maiores níveis de depressão e ansiedade em comparação aos filhos de mães ou de pais sem depressão, evidenciando a transmissão intergeracional do transtorno

depressivo. Além disso, identificaram que o Transtorno Depressivo Maior materno se associou com transtorno depressivo na infância (antes dos 13 anos de idade).

Quanto aos problemas externalizantes na infância, Foster, Garber e Durlak (2008) detectaram a associação dos sintomas depressivos atuais das mães a mais problemas externalizantes dos filhos entre 11 e 12 anos de idade, destacando que a gravidade da depressão materna intensificou tais problemas. Van der Molen, Hipwell, Vermeiren e Loeber (2011) acompanharam 1.942 meninas dos sete aos 12 anos de idade, identificando que a depressão materna se configurou como uma variável preditora do comportamento disruptivo das filhas, as quais apresentaram sintomas de comportamento antissocial e desafiador opositor.

As crianças expostas a depressão materna também podem apresentar dificuldades relativas a hiperatividade e desatenção, como verificado em uma amostra de coorte de 2.057 crianças por Galéra et al. (2011) que constataram que a exposição a depressão materna aos cinco meses de idade se associou à presença de altos níveis de sintomas de hiperatividade, impulsividade e déficit de atenção por parte das crianças aos oito anos de idade. Sagiv, Epstein, Bellinger e Korrick (2013) realizaram um estudo longitudinal, com uma amostra de coorte composta por 604 crianças acompanhadas desde o nascimento até os oito anos de idade, no qual examinaram o desenvolvimento do TDAH. Esses autores constataram que múltiplos indicadores apresentaram associação com maior risco para sintomas de TDAH dentre os quais a convivência com a depressão materna. No estudo transversal de Melegari et al. (2018), com 600 crianças com TDAH ( $M = 9,12$  anos), sendo que dessas 16% apresentavam comorbidade com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), foi verificado que as crianças com ambos diagnósticos, predominantemente, tinham mães com depressão e pais com TDAH.

Em uma recente metanálise, foram analisados 51 estudos de 1971 a 2016, que incluíram uma comparação quantitativa entre depressão materna e TDAH nos filhos com idade inferior a 18 anos. Os resultados mostraram que mães de filhos com TDAH, em comparação a mães sem filhos com TDAH, apresentaram níveis significativamente mais altos de sintomas depressivos, sendo que 17,11% das mães de jovens com TDAH atual preenchiam critérios para transtorno depressivo. Constatou-se que a correlação entre sintomas depressivos maternos e sintomas de TDAH nos filhos foi moderada, tendo um maior tamanho de efeito para a correlação entre os sintomas depressivos maternos e os sintomas de desatenção da criança, em comparação aos sintomas de hiperatividade/impulsividade (Cheung, Aberdeen, Ward, & Theule, 2018).

As influências da depressão materna desde os primeiros anos de vida para os problemas de comportamento dos filhos ao longo da infância e adolescência foram abordadas por vários estudos, como os referidos a seguir.

Os déficits de competência acadêmica e social quando da convivência com mães com depressão foram detectados em um estudo conduzido por Kersten-Alvarez et al. (2012), no qual compararam 29 crianças filhas de mães diagnosticadas com depressão pós-parto com 113 crianças da comunidade. Tal estudo constatou 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.

No estudo de Yan, Zhou e Ansari (2016), foram acompanhadas 1.364 díades desde os seis meses das crianças até a entrada na primeira série do ensino fundamental aos sete anos de idade, sendo identificado que o clima emocional positivo e afetivo em sala de aula se configurou como um fator de proteção que moderou o impacto da exposição precoce (seis a 54 meses) aos sintomas depressivos maternos para vários indicadores do desenvolvimento das crianças aos sete anos de idade, exceto para os problemas internalizantes. Os resultados mostraram que as crianças que estavam em uma sala de aula com clima emocional positivo e afetivo apresentaram níveis menos graves ou ausência de problemas externalizantes, déficits de habilidades sociais, prejuízos no funcionamento acadêmico e dificuldades no relacionamento com os professores.

Bagner, Pettit, Lewinsohn e Seeley (2010) realizaram um estudo longitudinal, no qual 175 mães diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior responderam ao CBCL. Os resultados mostraram que 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, evidenciando a importância da detecção, prevenção e intervenção precoce. De acordo com o estudo de Shaw, Hyde e Brennan (2012), com uma coorte de 268 meninos de baixa renda, 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.

Além de abordar a exposição precoce a depressão materna, estudos recentes têm evidenciado a persistência dos seus efeitos. Closa-Monasterolo et al. (2017) realizaram um estudo longitudinal, no qual acompanharam 459 díades mãe-criança em cinco países da Europa (Alemanha, Bélgica, Itália, Polônia e Espanha) dos dois meses aos oito anos de idade

da criança. Verificaram que as mães com depressão pós-parto (avaliada aos dois, três e seis meses após o nascimento da criança) apresentaram níveis mais elevados de problemas de saúde mental atuais (quando as crianças estavam com oito anos); e que as crianças cujas mães tiveram depressão pós-parto e tinham problemas de saúde mental atuais (ansiedade e depressão) manifestaram níveis mais altos de problemas comportamentais aos oito anos de idade. Tais autores destacaram que, ao comparar crianças filhas de mães apenas com depressão pós-parto a crianças de mães saudáveis (ausência de depressão pós-parto e problemas de saúde mental atuais), não identificaram diferenças significativas em relação aos problemas comportamentais aos oito anos. Argumentaram que esses resultados sugerem que a depressão pós-parto pode ter efeitos a longo prazo sobre os problemas de comportamento infantil, quando os problemas emocionais da mãe persistem ao longo do tempo.

Outro estudo longitudinal, com uma ampla coorte de gêmeos nascidos no Reino Unido ( $n = 2.032$ ) acompanhados dos cinco aos 12 anos de idade, examinou o papel mediador da depressão pós-parto na relação entre a história de maus-tratos sofridos na infância pelas mães e uma cascata de resultados negativos para as crianças (exposição a maus-tratos, sintomas internalizantes e sintomas externalizantes). Verificou-se que as mães que sofreram maus-tratos na infância estavam em maior risco de depressão pós-parto, especialmente aquelas que sofreram abuso emocional ou sexual. Por sua vez, as mães com depressão pós-parto apresentaram quase o dobro de chances (40% vs. 22%) de expor seus filhos a maus-tratos, que propiciaram sintomas internalizantes e externalizantes. Os efeitos indiretos dos maus-tratos durante a infância materna para os desfechos das crianças apoiaram o papel mediador da depressão pós-parto, mas foi identificado que os efeitos subsequentes foram afetados pela depressão materna além do período pós-parto. Tais resultados evidenciaram a transmissão intergeracional dos maus-tratos e sequelas psicológicas, sendo importante diagnosticar e tratar a depressão materna pós-parto como forma de interromper esse ciclo de dificuldade (Choi et al., 2019).

Dentre as peculiaridades clínicas, os efeitos da remissão da depressão materna foram analisados por Kluczniok et al. (2016), que compararam 89 díades com mães em remissão da depressão e 99 díades com mães saudáveis. Para tal, utilizaram a observação da interação mãe-criança durante uma atividade lúdica, que foi gravada em vídeo e codificada com escalas de disponibilidade emocional em quatro categorias: sensibilidade materna, não-hostilidade, não-intrusividade e habilidade para estruturar as atividades para a criança. Identificaram que mães com depressão em remissão apresentaram menor disponibilidade emocional durante a interação mãe-criança em comparação às mães saudáveis. As mães deprimidas em remissão

dos sintomas mostraram-se significativamente menos sensíveis e tenderam a se mostrar com menos habilidade para estruturar as atividades para a criança e mais hostis. Tais achados evidenciaram a persistência dos efeitos negativos da depressão materna mesmo após a remissão dos sintomas.

Outros estudos também têm buscado compreender se existem diferenças quanto ao período de exposição da criança a depressão materna. Em um estudo longitudinal de coorte, com 4.898 crianças nascidas em cidades de médio a grande porte dos EUA entre 1998 e 2000, principalmente de mães solteiras provenientes do *Fragile Families and Child Wellbeing (FFCWB) study*, verificou que as crianças filhas de mães com depressão apresentaram maior probabilidade de problemas de saúde física e menor bem-estar psicossocial (problemas comportamentais e déficits de comportamento pró-social). De acordo com as respostas das mães ao CBCL e a subescala de expressividade do *Adaptive Social Behavior Inventory (ASBI)*, as crianças que foram expostas a depressão materna no passado (aos cinco anos) ou atual apresentaram aos nove anos de idade maiores escores de problemas internalizantes e externalizantes, bem como menores escores de expressividade (Dow-Fleisner, 2017).

Keyser, Ahn e Unick (2017) também utilizaram a amostra (n = 4.898 díades) de coorte do *FFCWB study* para examinar preditores de problemas comportamentais em crianças de três a nove anos de idade. Dentre os fatores maternos, a depressão maternal durante o primeiro ano de vida do filho demonstrou associação com maiores escores de problemas comportamentais no CBCL quando as crianças estavam com três, cinco e nove anos de idade.

O impacto da depressão materna para o desenvolvimento cognitivo e comportamental dos filhos foi examinado por Letourneau, Tramonte e Willms (2013) em uma amostra de 10.033 crianças acompanhadas desde o nascimento até os 11 anos de idade. Verificaram que a depressão materna aumentou o risco das crianças apresentarem baixo vocabulário receptivo, desatenção e agressividade física entre quatro e cinco anos de idade. Além disso, os resultados mostraram que a depressão materna se configurou como um fator de risco para ansiedade das crianças dos 10 aos 11 anos de idade, principalmente quando essas foram expostas a sintomatologia depressiva após os dois anos de idade. Os referidos autores destacaram que, independentemente do momento de exposição das crianças ou duração dos sintomas, a depressão materna permaneceu um forte preditor dos desfechos das crianças, mas o risco de desfechos desadaptativos foi ainda maior quando da exposição a depressão recorrente ou quando as crianças estavam com dois a cinco anos.

Indicadores clínicos relativos a gravidade da depressão materna foram abordados em um estudo longitudinal, multicêntrico, com 1.844 famílias, acompanhou crianças dos 14

meses aos 11 anos de idade, com objetivo de examinar o impacto da exposição aos sintomas depressivos maternos precocemente (aos 14 meses) em diferentes níveis de gravidade para o desenvolvimento de problemas internalizantes e externalizante aos 11 anos de idade. Verificaram que tanto os sintomas depressivos maternos de baixo nível (abaixo da nota de corte clínica do *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* – CESD) quanto os clinicamente significativos (acima da nota de corte clínica do CESD), foram associados a problemas de comportamento internalizantes e externalizantes. As crianças cujas mães tinham sintomas depressivos de baixo nível tiveram o dobro de chances de apresentar problemas internalizantes em nível clínico (acima nota de corte no CBCL) em comparação com as crianças filhas de mães sem depressão (Conners-Burrow et al., 2016).

Além da gravidade dos sintomas depressivos maternos e da diferença entre sintomas passados e atuais, O'Connor, Langer e Tompson (2017) examinaram a cronicidade da depressão para predição de problemas internalizantes e externalizantes avaliados pelo relato das mães e dos sintomas depressivos por meio do relato das crianças. Para isso, acompanharam por três anos uma amostra de 171 mães e seus filhos de 8 a 12 anos. Tais autores identificaram que a gravidade e a cronicidade da depressão materna foram preditoras dos sintomas internalizantes e externalizantes das crianças. Entretanto, somente a cronicidade foi preditora de mudanças nos níveis de sintomas externalizantes ao longo do tempo, o que evidenciou a importância do rastreamento e avaliação não só dos sintomas depressivos atuais, mas também dos episódios depressivos passados. Ademais, os resultados mostraram que os sintomas atuais de depressão materna explicaram mais o funcionamento atual dos filhos que a gravidade/cronicidade da história passada de depressão materna. Contudo, para a predição do funcionamento futuro das crianças, verificaram que conhecer as características da depressão materna no passado pode fornecer informações adicionais além dos sintomas depressivos maternos atuais.

No estudo conduzido por Mars et al. (2012), com uma amostra de 337 pais (315 mães e 22 pais) e seus filhos de nove a 17 anos de idade, foi identificado que os filhos de pais com episódio de depressão recente apresentaram significativamente mais sintomas de depressão e duas vezes mais chances de ter transtornos psiquiátricos em comparação aos filhos de pais sem episódio depressivo recente. A gravidade dos episódios anteriores de depressão parental também foi significativamente associada com sintomas de depressão por parte dos filhos. Dessa forma, tais autores sugeriram que características específicas da depressão parental, como a gravidade da depressão no passado e a presença de um episódio recente, podem ser

importantes indicadores de risco para os filhos desenvolverem transtornos psiquiátricos e sintomas depressivos.

Quanto à trajetória dos sintomas depressivos maternos, Ashman, Dawson e Panagiotides (2008) acompanharam 159 mães, ao longo dos primeiros sete anos de vida dos seus filhos. Os referidos autores verificaram 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. Identificaram também uma diferença de gênero, sendo mais frequentes os relatos de comportamentos externalizantes-agressivos para meninos e de comportamentos internalizantes para meninas. Além disso, detectaram 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.

Os estudos descritos acima evidenciaram que a exposição das crianças a depressão materna apresenta impacto para o desenvolvimento dos filhos independentemente da idade em que foram expostos a sintomatologia materna. Contudo, 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 têm apontado que os desfechos negativos não são exclusivos, ressaltando 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; Reuben & Shaw, 2015; Yunes, 2006). Nesse cenário, se insere o estudo das variáveis contextuais que possam promover o desenvolvimento infantil.

Considerando a possível influência de fatores ambientais para os problemas comportamentais na infância, abordar-se-á, nos próximos tópicos, condições contextuais favorecedoras de risco ou proteção, quando da convivência com a depressão materna.

## **1.6 Depressão materna, adversidades e recursos do ambiente familiar**

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.

Com base em um estudo de revisão, Pizeta et al. (2013) analisaram 68 artigos empíricos publicados entre 2005 e 2012, tendo verificado também que além da depressão materna outras variáveis contextuais demonstraram associação com as dificuldades das crianças, a saber: características sociodemográficas, aspectos clínicos do transtorno materno, práticas parentais, organização familiar e interações familiares.

As condições familiares relacionadas à depressão materna foram amplamente analisadas por Goodman et al. (2011) em uma 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 seguintes variáveis contextuais: pobreza, cuidados monoparentais, pertencer a minorias étnicas, crianças mais jovens e do sexo feminino. Ao analisarem os achados dos estudos concluíram que tais variáveis têm impacto negativo para os desfechos de crianças que convivem com a depressão materna.

Outros estudos também apontaram que a depressão materna, devido a suas particularidades, se associa a outras condições contextuais adversas ao desenvolvimento infantil, contribuindo para presença de múltiplos riscos no ambiente familiar. Em um estudo 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 conviviam, em geral, com pelo menos mais um fator de risco além do transtorno materno (Sá, Bordin, Martin, & de Paula, 2010). Barker, Copeland, Maughan, Jaffee e Uher (2012) identificaram 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. Essas crianças foram expostas, em média, a 2,3 fatores de risco, enquanto

crianças de mães sem depressão foram expostas a somente um fator de risco, constatando que além dos efeitos debilitantes da sintomatologia da depressão materna, a exposição à fatores de riscos favoreceram a presença de psicopatologia por parte das crianças. Segundo Lopez-Duran, Nusslock, George e Kovacs (2012), as 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 verificaram 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.

A relação entre múltiplos fatores de risco e a trajetória de problemas internalizantes da pré-escola (três a cinco anos) à idade escolar (oito a nove anos) foi examinada por Klein et al. (2018) em uma coorte de 325 crianças com escores elevados na escala de sintomas emocionais do SDQ. Foram identificadas quatro classes de trajetória de sintomas internalizantes, a saber: baixa estável, crescente baixa a moderada, moderada estável e alta estável. Crianças com trajetória “alta estável” apresentavam sintomas internalizantes clinicamente relevantes, sendo diagnosticadas principalmente com transtornos de ansiedade e de depressão tanto na pré-escola quanto na idade escolar. Mais problemas de saúde mental materna (depressão, somatização e estresse), pequenas cirurgias, maior afetividade negativa e menor reatividade ao cortisol foram associados a maior probabilidade de pertencer à trajetória “alta estável”, em comparação à “baixa estável”. Diversos fatores mostraram-se preditores da trajetória “alta estável” de sintomas internalizantes como eventos de perda/separação de vida, experiências precoces de maus-tratos, psicopatologia materna, temperamento infantil e regulação hormonal do estresse, constituindo-se em marcadores precoces de risco para sintomas internalizantes crônicos.

Entretanto, o ambiente familiar de convivência com a depressão materna também pode ser permeado por recursos de proteção, que favoreçam respostas adaptativas e minimizem o impacto de eventos adversos. Com base em uma revisão sistemática, Silva e Loureiro (2014) verificaram que diferentes condições de suporte social atenuaram os problemas comportamentais e o risco de psicopatologia para crianças expostas a depressão materna.

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, Mills, McGrath, Waschbusch, & Brownridge, 2007). No estudo de Heberle, Krill, Briggs-Gowan e Carter (2015), foi constatado 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.

Em um recente estudo realizado em Israel, Vakrat, Apter-Levy e Feldman (2018) examinaram os efeitos da interação pai-criança para os desfechos de resiliência de crianças convivendo com a depressão materna. Os participantes foram selecionados de uma coorte da comunidade de mulheres casadas ou amasiadas, sendo formados dois grupos: 46 mães com depressão crônica (caso) e 103 mães sem depressão (controle). As mães e as crianças de ambos os grupos passaram por avaliação diagnóstica aos seis anos, utilizando a *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) e o DAWBA, respectivamente. Além disso, as interações mãe-criança e pai-criança em tarefas lúdicas foram gravadas na casa dos participantes e, posteriormente, codificadas quanto a sensibilidade parental, reciprocidade e tensão da díade. Verificaram que os pais do grupo caso (mães com depressão crônica) mostraram sensibilidade reduzida, menor reciprocidade e maior tensão durante as interações, principalmente com crianças com psicopatologia. A depressão materna aumentou quatro vezes as chances da criança apresentar um transtorno do Eixo I na entrada da escola. Entretanto, a sensibilidade paterna reduziu esse risco pela metade, evidenciando o papel paterno na promoção de resiliência para crianças no contexto de convivência com a depressão materna.

Outro estudo longitudinal, realizado em Israel por Priel, Djalovski, Zagoory-Sharon e Feldman (2018), avaliou possíveis marcadores de resiliência na primeira década de vida para crianças que convivem com a depressão materna. Uma amostra de coorte da comunidade foi acompanhada desde o segundo dia após o nascimento até as crianças completarem 10 anos de idade (n = 125 díades). Quando as crianças estavam com seis e 10 anos de idade, realizaram a observação da interação mãe-criança em tarefas apropriadas a idade da criança na casa dos participantes. As interações foram codificadas em três categorias: sensibilidade materna, engajamento social da criança, e sincronia entre mãe e filho. Ao longo do estudo, verificaram que a depressão materna aumentou significativamente a probabilidade de psicopatologia infantil. Mais de 60% das crianças expostas à depressão materna no meio da infância (seis anos) foram diagnosticadas com transtornos do Eixo-I, sendo mais prevalente os afetivos tanto aos seis quanto aos 10 anos de idade. Identificaram que maiores níveis de oxitocina e interação mãe-filho sincrônica mediaram os efeitos da depressão materna para os problemas internalizantes e externalizantes aos 10 anos de idade, mostrando-se fatores de proteção que favoreceram desfechos de resiliência.

Considerando-se que o presente estudo tem como foco variáveis contextuais relativas aos estressores cumulativos e parentalidade, abordar-se-á nos próximos tópicos, de maneira mais detalhada, a influência da depressão materna para tais variáveis, bem como a relação dessas com o desenvolvimento das crianças.

### **1.7 Depressão materna e estressores cumulativos**

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, os déficits de habilidades sociais 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.

Os efeitos dos riscos cumulativos maternos (problemas de conduta antes dos 15 anos, abuso de substâncias, depressão materna, uso de nicotina e álcool durante a gestação, idade jovem no nascimento do primeiro filho, baixa escolaridade, mães solteiras, receber assistência pública e déficits de habilidades parentais) foram analisados por van der Molen, Hipwell, Vermeiren e Loeber (2012) em um estudo longitudinal, que abordou os problemas de comportamento disruptivo de meninas (n = 2.043) entre sete e 12 anos de idade. Tais autores constataram que quanto maior o número de fatores de risco presentes, maiores as chances das meninas serem diagnosticadas com transtorno de comportamento disruptivo.

O risco contextual cumulativo também foi abordado no estudo longitudinal realizado por Lengua, Bush, Long, Kovacs e Trancik (2008), com uma amostra de 189 cuidadoras principais (maioria mães) e crianças de escolas públicas, acompanhadas do terceiro ao quinto ano do ensino fundamental. Os resultados mostraram que, no 3º 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 no 4º e 5º ano escolar. Verificaram que risco econômico (relativo a menor renda familiar e baixa escolaridade materna), no 3º ano, foi

preditor de mais problemas internalizantes e externalizantes para as crianças, quando frequentavam o 4º e o 5º ano, demonstrando maior efeito sobre tais problemas de comportamento em comparação aos outros fatores contextuais de risco (materno e ambiental) examinados. Constataram ainda que a capacidade de autocontrole das crianças foi moderadora dos efeitos dos riscos contextuais, ou seja, as crianças com menos capacidade de autocontrole experienciaram mais efeitos adversos quanto aos riscos socioeconômico, materno e ambiental, e apresentaram mais problemas de ajustamento quando comparadas às crianças com mais capacidade de autocontrole.

A presença de múltiplas condições de riscos no pré e no pós-parto, relacionadas à família e à criança, e o possível impacto para problemas de conduta com início precoce foi abordada no estudo de coorte de Barker e Maughan (2009), do qual participaram 7.218 mães e crianças, avaliadas desde o período pré-natal até 13 anos de idade. Os referidos autores identificaram que as trajetórias de desenvolvimento podem se diferenciar de acordo com a duração e a intensidade dos riscos presentes na gestação e no pós-parto, sendo que as mães de crianças com problemas de conduta persistentes apresentaram sintomas significativamente mais graves de ansiedade e depressão quando comparadas às demais. Detectaram ainda 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) se configuraram como indicadores de risco, favorecendo a presença de problemas de conduta persistentes da infância até a adolescência. Nesse estudo, constataram também uma diferença entre o sexo das crianças em relação aos preditores de problemas de conduta persistente. Para os meninos, verificaram os seguintes preditores: 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. Quanto 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.

Os efeitos da presença de múltiplos fatores de risco (depressão materna, parentalidade rígida, aborrecimentos maternos diários e caos no ambiente familiar) para problemas de conduta e emocionais na infância foram examinados por Shelleby, Votruba-Drzal, Shaw, Dishion e Wilson (2014), que acompanharam 731 cuidadores principais (grande maioria as mães) e suas crianças dos dois aos 8,5 anos de idade. Os resultados mostraram que a renda

familiar apresentou efeitos indiretos sobre os problemas emocionais e de conduta no período escolar, operando por meio dos sintomas depressivos e aborrecimentos maternos, bem como via caos no ambiente familiar para os problemas emocionais. Ademais, identificaram que maiores médias de aborrecimento diários maternos se associaram significativamente a mais problemas emocionais e de conduta para as crianças dos 7,5 aos 8,5 anos.

Os efeitos de adversidades cumulativas e fatores de resiliência para problemas comportamentais foram analisados em um estudo de coorte na Suécia, no qual foram acompanhadas 889 mães e seus filhos desde o nascimento até os 12 anos. Para tal, utilizaram um modelo biopsicossocial de risco e resiliência, no qual o índice cumulativo de adversidade precoce foi composto por sintomas depressivos maternos, risco psicossocial e eventos de vida adversos; e os fatores de resiliência foram relativos à criança (polimorfismos genéticos, temperamento infantil e funcionamento social) e às mães (senso de coerência). Verificaram que a exposição a adversidade cumulativa precoce aumentou o risco das crianças apresentarem problemas internalizantes e externalizantes. O genótipo I/I da região polimórfica ligada ao transportador de serotonina reduziu a probabilidade de problemas internalizantes, mas não demonstrou associação com adversidade cumulativa. O funcionamento social não apresentou associação com desfechos de resiliência. Temperamento fácil aos três anos de idade diminuiu o risco de problemas comportamentais aos 12 anos para crianças que vivenciaram elevado índice de adversidade cumulativa precoce, sendo o único fator especificamente associado a desfechos resilientes. Elevado senso de coerência materna demonstrou tendência ( $p = 0,058$ ) a redução do risco de problemas comportamentais para amostra total. Tais resultados esclareceram diferentes padrões de interação entre recursos e adversidade na pré-adolescência (Agnafors et al., 2017).

Em um estudo longitudinal com 284 participantes (48% diagnosticados com transtornos de fala/linguagem), Atkinson et al. (2015) testaram a hipótese de que um único índice de risco cumulativo, aplicado dentro de uma única amostra, poderia ser preditivo de diversos desfechos (depressão, inteligência, abandono da escola, prisão, tabagismo e doença física) da infância a idade adulta. Os participantes foram avaliados nas idades de 5/6, 12/13, 19/20 e 25/26 anos. O índice de risco cumulativo referiu-se a seis indicadores: status socioeconômico, idade materna no nascimento do primeiro filho, tamanho da família, depressão materna, satisfação conjugal materna e autorrelato de condenação parental por crime. Foi identificado que o número de fatores de risco apresentou associação significativa positiva com o número de desfechos negativos; e o risco precoce foi responsável pela variância além do explicado pelo risco tardio na predição de desfechos cumulativos. Em todas

as idades, o risco cumulativo foi preditor significativo de todos os desfechos estudados, sendo que quanto maior o risco cumulativo, maior foi a probabilidade de um desfecho negativo e de maior gravidade.

Dentre as variáveis específicas, no contexto da depressão materna, reconhecidas e pesquisadas como risco ao desenvolvimento, incluem-se: o baixo nível socioeconômico, a presença de comorbidades e a monoparentalidade. Os estudos têm examinado a associação da depressão materna com o baixo nível socioeconômico avaliado de maneiras diversas, os quais serão apresentados, buscando-se caracterizar o critério de avaliação dessa variável contextual. Segundo Ruberry, Klein, Kiff, Thompson e Lengua (2018), a carga cumulativa de múltiplos fatores de risco contextuais é um mecanismo crítico pelo qual as experiências de baixa renda impactam negativamente as famílias, aumentando a probabilidade de problemas de ajustamento das crianças.

No estudo de coorte de Sagiv et al. (2013), indicadores socioeconômicos, definidos por baixa renda familiar e baixa escolaridade dos pais, associaram-se a mais sintomas de TDAH e maior probabilidade da criança ser diagnosticada com esse transtorno aos oito anos de idade. Um estudo longitudinal, com uma amostra da comunidade de 230 a 243 díades, constatou que as mães que foram expostas a adversidades (negligência emocional, abuso emocional, negligência física, abuso físico e abuso sexual) precocemente na infância relataram níveis elevados de sintomas depressivos durante o pré-natal, sendo que essa interação entre adversidades na infância e depressão pré-natal aumentou a probabilidade dessas mães viverem em condições de desvantagens socioeconômicas, conforme indicado pelo relato de baixa renda familiar. Verificaram também que o baixo status socioeconômico das famílias apresentou associação significativa com o aumento do risco de problemas comportamentais dos filhos aos cinco anos de idade (Bouvette-Turcot et al., 2017).

Em relação aos efeitos da adversidade familiar, categoria que incluiu um conjunto de variáveis, inclusive o baixo nível socioeconômico, um estudo longitudinal que acompanhou 939 crianças entre oito e 12 anos por quatro anos, identificou que a adversidade familiar se constituiu em um preditor precoce de sintomas depressivos por parte das crianças entre 12 e 13 anos de idade (Karevold, Roysamb, Ystrom, & Mathiesen, 2009).

A avaliação do baixo nível econômico enquanto baixa renda familiar, apresentou efeitos não só para os problemas comportamentais das crianças, mas também para sintomatologia materna. No estudo de Anhalt, Telzrow e Brown (2007), a baixa renda no período perinatal mostrou-se associada a maiores níveis de problemas de comportamento externalizante para crianças no primeiro ano 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), o qual verificou que mães com menor renda familiar, cujos filhos (média idade de 10 anos) estavam em tratamento devido a problemas de saúde mental, relataram mais sintomas depressivos. Além disso, a renda familiar apresentou associação significativa com a gravidade da trajetória dos sintomas depressivos maternos, sendo identificado que todas as famílias expostas à trajetória grave crônica da depressão materna tiveram renda significativamente menor, em comparação aquelas que conviviam com trajetórias leves (Gross et al., 2009).

O baixo nível econômico avaliado como pobreza extrema, também demonstrou associação com problemas de comportamento na infância, bem como com a depressão materna. Hart, Atkins e Matsuba (2008) realizaram um estudo, no qual famílias de diferentes etnias foram seguidas desde os três/quatro anos até os nove/10 anos de idade das crianças, constataram que morar em vizinhanças pobres entre três e quatro anos de idade mostrou-se um fator de risco para mais problemas de comportamento entre cinco e seis anos de idade, além de menor resiliência. O tempo prolongado de exposição a condições de pobreza, no estudo de Goosby (2007), diminuiu a percepção das mães quanto ao controle sobre as próprias vidas, as quais referiram mais sintomas depressivos. Ademais, frente à exposição contínua a pobreza extrema, a presença de mais recursos parentais referentes a percepção de maior controle por parte das mães foi preditora de menos problemas de conduta, de menos sintomas depressivos e de ansiedade por parte dos filhos entre 10 e 14 anos.

O baixo nível socioeconômico relativo a desvantagem socioeconômica da vizinhança, avaliada de acordo com os seguintes indicadores: mediana da renda familiar, famílias abaixo da linha de pobreza, domicílios recebendo assistência pública, desempregados, famílias monoparentais e baixa escolaridade dos moradores, foi foco do estudo de Shaw, Sitnick, Reuben, Dishion e Wilson (2016). Tais autores examinaram os efeitos transicionais entre depressão materna, desvantagem socioeconômica da vizinhança e problemas de conduta desde a infância até a adolescência, com duas amostras de famílias de baixa renda de dois estudos, cujas mães apresentavam níveis elevados de sintomas depressivos e as crianças níveis elevados de problemas de conduta. Verificaram que os efeitos da desvantagem socioeconômica da vizinhança para os problemas de conduta das crianças, na amostra (somente meninos) do estudo 1, foram identificados precocemente desde quando os meninos estavam com 1,5 anos e, na amostra (meninos e meninas) do estudo 2 desde cinco anos de idade. Sugeriram que morar em bairros desfavorecidos economicamente mostrou-se um

preditor independente para problemas de conduta, e para graves tipos de comportamento antissocial, do meio da infância a adolescência.

Outra variável de risco associada a depressão materna em diversos estudos foi a presença de comorbidades, principalmente relativas a sintomas de ansiedade. Tais estudos serão descritos a seguir.

Karevold et al. (2009) identificaram, em uma amostra de 613 famílias, que a depressão materna em comorbidade com indicadores de ansiedade apresentou associação com mais problemas internalizantes por parte dos filhos aos 12 e 13 anos. 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 significativos, no período entre a infância e a adolescência.

A depressão materna em comorbidade com transtornos de ansiedade também foi examinada em um estudo com 77 mães afro-americanas com depressão e seus filhos entre oito e 14 anos de idade. Os resultados mostraram que a gravidade da depressão materna apresentou correlação positiva tanto com o número e a diversidade de transtornos de ansiedade das mães, quanto com os problemas internalizantes e externalizantes dos filhos. Apontaram ainda que a presença de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Fobia Social apresentou associação significativa com maior gravidade da depressão materna; e que os filhos de mães com depressão e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) demonstraram mais problemas internalizantes, em comparação aos filhos de mãe depressivas sem TOC (Boyd & Tervo-Clemmens, 2013).

Leis, Heron, Stuart e Mendelson (2014) realizaram um estudo longitudinal com 2.891 díades mãe-criança, no qual as mães responderam a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e a subescala de ansiedade do *Crown Crisp Experiential Index* (CCEI) durante a gravidez (18 e 32 semanas gestação), o primeiro ano após o parto (8 semanas e 8 meses), e a infância da criança (21, 33, 61, e 73 meses e 11 anos). Contrapondo-se aos estudos anteriores e a hipótese levantada pelos referidos autores, a exposição concomitante a sintomas maternos graves de depressão e de ansiedade 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 desses sintomas no pré-natal, mesmo após o controle de problemas de saúde mental maternos posteriores e de várias características sociodemográficas e psicossociais. Os autores argumentaram que tal resultado

divergente pode ter ocorrido devido a diferenças sutis demais na gravidade clínica da psicopatologia materna para refletirem alterações nos desfechos dos filhos ou, ainda que a gravidade pode não estar associada diretamente com os desfechos, enfatizando a necessidade de novas pesquisas para melhor compreensão. Além disso, verificaram que a exposição a depressão e ansiedade materna durante a gestação teve maior impacto para os problemas emocionais e comportamentais das crianças do que a exposição em outros períodos analisados.

A maioria desses estudos sobre comorbidades com a depressão materna, constatou que a exposição combinada a sintomas maternos de depressão e ansiedade apresentou maior impacto para o desenvolvimento das crianças, evidenciando a importância de se considerar os sintomas de ansiedade como outra variável de risco tanto para o agravamento da depressão das mães quanto dos problemas comportamentais das crianças.

A constituição familiar relativa a monoparentalidade também foi identificada em estudos empíricos como variáveis de risco associadas à depressão materna, os quais serão apresentados em seguida.

No estudo de Campbell, Morgan-Lopez, Cox e McLoyd (2009), com uma amostra de 1.357 mães e seus filhos, acompanhados desde um mês até 15 anos de idade, verificou-se que a maioria das mães com elevados níveis de sintomas depressivos não eram casadas. Pertencer a famílias monoparentais teve um efeito negativo para as dificuldades de adaptação dos filhos adolescentes, os quais apresentaram mais problemas internalizantes e externalizantes, bem como se engajaram em mais comportamentos de risco.

A monoparentalidade configurou-se como uma condição de risco associada 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) com uma amostra ( $n = 2.451$ ) de meninas e suas mães com múltiplos problemas de saúde mental, dentre os quais a depressão.

No estudo realizado por Talati et al. (2007), com uma amostra de 111 mães (50 solteiras e 61 casadas/amasiadas), foi detectado que as mães solteiras, em comparação as mães que moravam com o pai dos filhos, apresentaram mais chances de abandonar o tratamento para depressão, bem como menos chances de remissão dos sintomas quando permaneciam no tratamento. Verificaram ainda que a remissão dos sintomas depressivos maternos se associou a redução de transtornos psiquiátricos das crianças, principalmente quando pertenciam a famílias biparentais. Constataram assim que a presença paterna no lar

moderou a gravidade da sintomatologia da depressão materna e atenuou o impacto dessa condição para as crianças.

Quanto a relação entre fatores de risco e trajetória dos sintomas depressivos maternos, Giallo, Cooklin e Nicholson (2014) realizaram um estudo de coorte com uma amostra representativa da população australiana de 4.879 díades mãe-criança, acompanhadas ao longo dos primeiros sete anos dos filhos. Foi detectado um amplo conjunto de fatores de risco que apresentaram associação com a trajetória caracterizada por sintomas depressivos graves recorrentes, 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 autoeficácia parental, baixa qualidade do relacionamento conjugal e a presença de eventos de vida estressantes.

Analisando-se os estudos referidos constata-se que a presença de estressores cumulativos no contexto de famílias que convivem com a depressão materna foi evidenciada nos estudos apresentados com um amplo conjunto de variáveis, a saber: gravidez na adolescência, problemas legais pelos pais, abuso de álcool e drogas, temperamento difícil das crianças, baixo suporte social, práticas parentais punitivas, violência doméstica e caos no ambiente familiar. Além disso, a maior parte dos estudos abordaram as seguintes variáveis específicas: (a) baixo nível socioeconômico, variável que, em geral, contemplou outros indicadores de risco como a baixa escolaridade materna, baixa renda familiar e pobreza; (b) comorbidade com sintomas de ansiedade; (c) monoparentalidade; e (d) trajetória dos sintomas depressivos maternos referente a gravidade, cronicidade e período de exposição da criança. Os estudos mostraram que os estressores cumulativos em associação com a depressão materna contribuíram para mais problemas de comportamento por parte dos filhos.

A seguir, abordar-se-á a influência da depressão materna para parentalidade, bem como a relação dessa com o desenvolvimento infantil.

## **1.8 Depressão materna e parentalidade**

A parentalidade envolve o conjunto de tarefas necessárias que os progenitores/cuidadores utilizam para facilitar o desenvolvimento dos descendentes ao nível físico, psicológico e social. Refere-se a prática ou ação de educação, à forma como esses

cuidam do seu filho, podendo diferir de acordo com os valores culturais (Barroso & Machado, 2010).

O modelo integrativo dos elementos teóricos da parentalidade proposto por Hoghugh (2004) sistematizou as tarefas exigidas aos cuidadores para assegurar o desenvolvimento dos filhos em três dimensões: atividades parentais, áreas funcionais e pré-requisitos (Barroso & Machado, 2010).

As atividades parentais, relativas a primeira dimensão, referem-se ao conjunto de atividades para o exercício de uma parentalidade suficientemente adequada, envolvendo cuidado, controle e disciplina, e desenvolvimento. O cuidado abarca três níveis, a saber: físico (cuidados básicos como com alimentação, higiene, saúde e proteção contra acidentes), emocional (comportamentos parentais que demonstrem o respeito pela criança, a qual deve se sentir estimada e apreciada, bem como ter oportunidade de realizar suas próprias escolhas) e social (promoção do desenvolvimento social da criança, garantindo o contato com seus pares e adultos significativos). As atividades de controle e disciplina envolvem a imposição de limites e o monitoramento comportamental, ambas tendo por base o que é apropriado à idade da criança e visando garantir um funcionamento social culturalmente adequado. Por fim, as atividades de desenvolvimento visam o ensino de valores e a promoção de realização da criança em todas as áreas de funcionamento, inclusive em atividades esportivas, artísticas e culturais (Barroso & Machado, 2010).

A segunda dimensão relativa às áreas funcionais, segundo Barroso e Machado (2010), são compostas por elementos que requerem atenção dos pais por estarem relacionados aos aspectos do funcionamento da criança, sendo elas: funcionalidade física (estado de saúde física), funcionamento intelectual (competências acadêmicas, de trabalho e de resolução de problemas), comportamento social (respostas adequadas nos relacionamentos interpessoais e aprendizado das normas culturais e legais) e saúde mental (pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação a si própria e aos outros, envolvendo manifestações clínicas como depressão ou problemas de comportamento).

A terceira dimensão refere-se aos pré-requisitos que contemplam o conjunto de especificidades necessárias para o desenvolvimento da parentalidade como conhecimento e compreensão, motivação, recursos e oportunidades. O conhecimento e a compreensão são os pontos de partida básicos para efetividade das atividades parentais, posto que é fundamental reconhecer o estado da criança e saber interpretá-lo adequadamente, antes de responder de forma ajustada. A motivação relaciona-se ao desejo e ao comprometimento dos pais em realizar esforços para manter e melhorar a socialização dos filhos. Os recursos referem-se as

qualidades parentais (traços de personalidade) na interação com os filhos, as competências parentais adquiridas formalmente em programas ou informalmente nas experiências de vida, as redes de suporte social disponíveis como amigos, vizinhos e familiares, e os recursos econômicos para subsistência. As oportunidades dizem respeito à disponibilidade de tempo para o exercício das atividades parentais, mantendo o equilíbrio com a jornada das atividades profissionais (Barroso & Machado, 2010).

De acordo com Gomide (2006), o conjunto de práticas parentais utilizadas pelos cuidadores na interação com seus filhos para promover a educação, a socialização e o controle do comportamento dos mesmos é denominado de estilos parentais. Baumrind (1966, 1973) propôs um modelo de classificação dos estilos parentais de acordo com os níveis de responsividade e exigências, em três tipos: (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. Esse modelo foi ampliado por Maccoby e Martin (1983), que incluíram o estilo negligente referente a níveis baixos de cuidado, exigências de maturidade, controle e comunicação.

A classificação dos estilos parentais em tipologias abrangendo várias dimensões parentais, segundo O'Connor (2002), foi fundamental para a compreensão da natureza inter-relacional e dinâmica da família. As práticas parentais não se estabelecem isoladamente, mas em conjunto para predição dos comportamentos das crianças (Salvo, Silves, & Toni, 2005). Para Macana e Comin (2015), os estilos parentais agregam a dinâmica familiar e determinam o clima da interação pais-filhos, conseqüentemente, interferindo no desenvolvimento infantil.

Os estilos parentais podem prejudicar ou favorecer o desenvolvimento socioemocional dos filhos dependendo da relação funcional que estabelecem com o comportamento dos filhos (Alvarenga, Weber, & Bolsoni-Silva, 2016). As práticas parentais podem ser positivas (relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais) ou negativas (relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais), dependendo da frequência e da intensidade com que são utilizadas pelos pais (Gomide, 2006).

Ao comparar crianças em idade escolar com e sem problemas de comportamento, Bolsoni-Silva e Loureiro (2011) identificaram a presença de mais práticas educativas positivas para o grupo de crianças sem problemas, bem como médias significativamente mais altas de concordância entre os pais quanto as práticas parentais. Em outro estudo, Bolsoni-Silva, Loureiro e Marturano (2016) compararam e correlacionaram as práticas educativas, os recursos do ambiente familiar, o repertório comportamental infantil e a depressão materna

para pré-escolares e escolares com e sem problemas internalizantes. As referidas autoras verificaram que, para o grupo com problemas, foram mais frequentes as práticas educativas negativas, as quais se correlacionaram com mais problemas internalizantes; enquanto, no grupo de crianças sem problemas, foi maior a frequência de habilidades sociais, as quais apresentaram correlação direta com práticas educativas positivas e recursos do ambiente familiar. Detectaram ainda que a depressão materna mostrou correlação inversa e moderada com as habilidades sociais das crianças.

Um estudo de revisão da literatura brasileira sem restrição de data, realizado por Macarini, Martins, Minetto e Vieira (2010), analisou 64 resumos de artigos nacionais teóricos e empíricos, sendo identificado o uso de diferentes termos para nomear os comportamentos dos pais com o objetivo de cuidar, educar e promover o desenvolvimento de seus filhos, a saber: práticas educativas, estilos parentais, práticas parentais, práticas de cuidado e cuidados parentais. Os resultados mostraram que a maioria dos estudos usou o termo práticas educativas, o qual também foi utilizado em estudos que descreviam as práticas de professores no contexto escolar, sendo esses excluídos da revisão. Verificaram que esse termo estava relacionado principalmente às práticas dos pais com filhos adolescentes, sendo a adolescência a fase do desenvolvimento predominante abordada nos estudos analisados. Segundo os referidos autores, o período da adolescência ter sido o mais frequentemente abordado nos estudos nacionais, provavelmente, devesse ao fato dos principais instrumentos brasileiros padronizados de avaliação de práticas educativas serem destinados a adolescentes, bem como devido a maior facilidade dos adolescentes em responder instrumentos sobre as práticas de seus pais. Detectaram que o termo práticas parentais foi utilizado principalmente nos estudos em que os filhos estavam no período da infância. A análise evidenciou ainda uma escassez de estudos enfocando a influência de características particulares dos pais sobre suas práticas parentais.

Segundo Barroso e Machado (2010), diversas circunstâncias individuais, históricas e sociais podem apresentar correlação com o funcionamento parental, constituindo-se em determinantes da parentalidade. No modelo de Belsky e Jafee (2006), a parentalidade é diretamente influenciada por três determinantes: fatores individuais dos pais (por exemplo, personalidade e psicopatologia), características individuais da criança (por exemplo, temperamento) e fatores do contexto social alargado (por exemplo, relacionamento conjugal, ocupação profissional parental e redes de suporte social).

Dentre os determinantes relativos aos fatores individuais, a presença de sintomas depressivos é reconhecida como uma das condições que podem influenciar as práticas

parentais. Alguns sintomas inerentes ao transtorno depressivo, como a falta de envolvimento emocional, o desamparo, a irritabilidade e a hostilidade, podem interferir de forma significativa na função parental, afetando negativamente tanto a saúde da mãe, quanto a saúde e o desenvolvimento do filho (Duggal, Carlson, Sroufe, & Egeland, 2001). Os comportamentos maternos decorrentes da depressão relativos a 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 mostraram 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). O transtorno depressivo materno favorece que as mães se afastem da rotina familiar, acarretando a falta de suporte adequado e afeto suficiente para o desenvolvimento satisfatório das crianças (Mian et al., 2009). Ademais, as mães com depressão tendem a demonstrar dificuldade de prover atenção, carinho e afeto aos filhos, o que aumenta a probabilidade das crianças apresentarem problemas emocionais, comportamentais e interpessoais (Shannon, Beauchaine, Brenner, Neuhaus, & Kopp, 2007).

Em relação à percepção dos comportamentos dos filhos por pais com depressão, Chen et al. (2009) verificaram que os sintomas depressivos parentais e as avaliações negativas do comportamento dos filhos foram preditores de sintomas depressivos para as filhas adolescentes. De acordo com o estudo de Callender, Olson, Choe e Sameroff (2012), a presença de mais sintomas depressivos de mães e pais mostrou-se relacionada a mais avaliações negativas de ambos os pais em relação ao comportamento de seus filhos. Esses autores constataram também que mais avaliações negativas quanto ao comportamento dos filhos se associou com uso mais frequente de punição física por parte dos pais, sendo que esta foi preditora de mais problemas externalizantes para as crianças aos cinco anos de idade.

No estudo de Dow-Fleisner (2017), foram realizadas análises de comparação entre grupos de mães com e sem depressão, sendo verificado que as mães com depressão relataram maiores taxas de estresse parental e menores taxas de competência parental; apresentaram maiores chances de usar práticas disciplinares, incluindo maiores taxas de agressão psicológica e agressão física. Além disso, referiram menos envolvimento escolar, níveis mais

baixos de apoio instrumental, apoio emocional e coesão social, e mostraram-se menos propensas a considerar como segura a sua vizinhança.

As possíveis diferenças quanto a parentalidade de mães com depressão atual, mães com histórico de depressão (em remissão dos sintomas há pelo menos um mês) e mães sem depressão clínica foram examinadas em um estudo transversal, com uma amostra de 82 díades mãe-criança, 24 meninas e 57 meninos, com idade entre seis e 12 anos, diagnosticadas com TDAH. A interação mãe-criança foi observada em três tarefas (limpeza de uma mesa, jogo livre e cálculo de matemática adequado a idade da criança) realizadas em laboratório. Os resultados apontaram que todas as mães da amostra foram mais propensas a ignorar o não cumprimento das tarefas pela criança, reforçando negativamente o comportamento, ou seja, removendo a demanda e permitindo que o filho evitasse com sucesso realizar a tarefa. As mães com sintomas depressivos atuais mostraram-se menos propensas a reforçar os comportamentos de cumprimento da tarefa pela criança e responderam mais coercivamente ao descumprimento, em comparação, aos grupos de mães em remissão e sem sintomas clínicos atuais ou passados de depressão. Identificou-se também que as mães em remissão da depressão, em comparação as mães sem depressão clínica ao longo da vida, foram mais coercitivas (ignoraram ou responderam negativamente), mas se mostraram mais propensas a seguir com as orientações das tarefas (Thomas, O'Brien, Clarke, Liu, & Chronis-Tuscano, 2015).

Na metanálise de Lovejoy, Graczyk, O'Hare e Neuman (2000), foram analisados 46 estudos observacionais publicados entre 1974 e 1996, com objetivo de verificar a força da associação entre depressão materna e comportamento parental, bem como possíveis variáveis moderadoras. Identificou-se associação forte entre depressão materna e comportamento materno negativo. As mães com depressão foram menos responsivas aos comportamentos dos seus filhos e mostraram-se mais hostis e impacientes, sendo que tais efeitos foram moderados pela duração dessa psicopatologia, com sintomas atuais apresentando maiores efeitos e, embora em menor intensidade, os efeitos residuais após remissão da depressão permaneceram. Ademais, esse estudo verificou associação significativa, mas relativamente fraca entre depressão materna e comportamentos maternos positivos.

Em uma recente revisão sistemática, com 48 artigos científicos publicados de 1984 até início de 2018, Vafaenejad, Elyasi, Moosazadeh e Shahhosseini, (2018) examinaram os fatores psicológicos que podem afetar os estilos parentais. Esses fatores foram divididos em duas categorias, a saber: fatores relativos aos pais (estado de saúde mental, autoeficácia, estresse parental, perfeccionismo, traços de personalidade, trauma na infância, satisfação

conjugal, estilo de apego dos pais, percepção do estilo parental e abuso de substâncias) e fatores relacionados às crianças (deficiências, temperamento e ansiedade). Identificou-se que múltiplos fatores parentais e das crianças influenciaram os estilos parentais. Especificamente em relação aos transtornos psiquiátricos dos pais, verificaram que a depressão e a ansiedade podem contribuir para parentalidade disfuncional, levando a maus-tratos das crianças, bem como ao aumento da probabilidade de práticas parentais inadequadas e ineficazes. Além disso, fatores psicológicos parentais como a depressão e o estresse parental podem afetar o relacionamento conjugal e a interação pais-filhos. Por outro lado, o aumento da autoeficácia, a redução do estresse parental e os baixos níveis de depressão e ansiedade dos pais podem favorecer a adoção de estratégias parentais mais adequadas.

Serão apresentados, em seguida, diversos estudos empíricos que examinaram as influências da parentalidade para o desenvolvimento das crianças, no contexto de convivência com a depressão materna.

No estudo longitudinal realizado por Errázuriz, Harvey e Thakar (2012), com 199 díades mãe-criança, foi verificado que a exposição dos filhos a sintomas depressivos maternos aos três anos de idade apresentou 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. Identificou-se também que a disciplina inconsistente se associou negativamente a práticas afetivas e positivamente com a disciplina rígida.

As influências da parentalidade rígida para problemas de comportamento de escolares também foi analisada por Shelleby et al. (2014), os quais detectaram que maiores médias de parentalidade rígida dos quatro aos cinco anos da criança demonstraram associação significativa com problemas de conduta dos 7,5 aos 8,5 anos, mas não com problemas emocionais. Além disso, verificaram que mais sintomas depressivos maternos dos três aos quatro anos de idade da criança apresentaram associação significativa com mais problemas de conduta quando os filhos estavam com 7,5 a 8,5 anos; entretanto, não identificaram associação significativa com problemas emocionais.

O papel da parentalidade rígida na relação entre depressão materna, história materna de maus-tratos na infância e desfechos das crianças foi examinada por Wolford, Cooper e McWey (2018) em um estudo com duas amostras de díades mãe-criança, realizado em cinco cidades dos EUA. Análises de mediação foram conduzidas em dois momentos separados: idade de seis anos ( $n = 325$ ) e idade de 12 anos ( $n = 213$ ). Todas as mães incluídas neste estudo sofreram maus-tratos durante a infância. Verificou-se que mães com histórico de maus-tratos na infância e sintomas depressivos atuais relataram uso de agressão física e

psicológica na educação das crianças (seis anos) e jovens (12 anos). Os resultados indicaram associação positiva significativa entre sintomas depressivos das mães e sintomas internalizantes e externalizantes das crianças, em ambas as idades. Foi detectado que práticas parentais rígidas mediaram parcialmente a relação entre depressão materna e desfechos das crianças.

Práticas parentais de rigidez, disciplina inconsistente e baixa expressão de afeto foram preditoras do comportamento disruptivo de meninas entre sete e 12 anos de idade, que moravam em bairros desfavorecidos em Pittsburgh – EUA. O uso desse conjunto de práticas foi denominado de parentalidade mal-adaptativa e mediou parcialmente os efeitos da depressão materna e do histórico materno de problemas de conduta antes dos 15 anos para o comportamento disruptivo das filhas (van der Molen et al., 2011).

A parentalidade mal-adaptativa (referente a comportamentos maternos de hostilidade, ressentimento, bater e gritar com os filhos, bem como a presença de conflitos parentais) também foi abordada no estudo de Winsper, Wolke e Lereya (2015), com uma coorte britânica de 6.050 díades mãe-criança. Os referidos autores verificaram que ansiedade e depressão materna pré e pós-natal e uso de álcool apresentaram associação com parentalidade mal-adaptativa. Identificaram que ansiedade e depressão maternas pós-natal, tabagismo, adversidade familiar e parentalidade mal-adaptativa demonstraram associação significativa com transtorno de personalidade borderline para os filhos entre 11 e 12 anos de idade. Os resultados mostraram ainda que a parentalidade mal-adaptativa e a adversidade familiar mediaram a associação entre ansiedade/depressão materna pré-natal e transtorno de personalidade borderline pelos filhos entre 11 e 12 anos.

Ao analisar a relação entre depressão materna e depressão infantil, em uma amostra de 674 mães e seus filhos de nove a 12 anos, Corona et al. (2012) constataram que a baixa qualidade da parentalidade (baixa expressão de afeto, alta hostilidade e altos conflitos) na avaliação dos filhos apresentou associação com menor competência social, maior estresse interpessoal e maiores níveis de sintomas depressivos pelas crianças. Destacaram também que não foram identificados mediadores significativos para relação entre depressão materna e sintomas depressivos das crianças.

Em relação a parentalidade negativa enquanto disciplina inconsistente e rejeição dos filhos, Zalewski, Thompson e Lengua (2017) examinaram em um estudo longitudinal os possíveis efeitos de moderação para sintomas internalizantes e externalizantes na pré-adolescência, acompanhando por três anos 214 famílias americanas com filhos de oito a 12 anos. Verificou-se que os sintomas depressivos maternos apresentaram correlação positiva

com disciplina inconsistente e rejeição, bem como com problemas internalizantes e externalizantes dos filhos. Detectou-se também que a rejeição materna moderou a relação entre depressão materna e problemas internalizantes, sendo que elevada rejeição amplificou os efeitos dos sintomas depressivos das mães para os problemas internalizantes dos pré-adolescentes. Para os problemas externalizantes na pré-adolescência, não foram identificados moderadores. Ademais, a punição física em altos níveis foi preditora de mais problemas internalizantes e externalizantes, sendo que a minoria da amostra (9%) relatou níveis moderados a altos de punição física.

O impacto de diferentes práticas parentais para o desenvolvimento de crianças entre cinco e nove anos foi analisado no estudo transversal de Duncombe, Havighurst, Holland e Frankling (2012), com uma amostra australiana da comunidade de 373 díades mãe-criança. Foi identificado que disciplina inconsistente, expressividade emocional negativa pelas mães e saúde mental materna (depressão, ansiedade e estresse) apresentaram forte associação com problemas de comportamento disruptivo e dificuldades de regulação emocional pelas crianças. Ademais, verificou-se que a regulação emocional das crianças se mostrou mediadora da associação entre práticas parentais e problemas de comportamento disruptivo, bem como entre saúde mental materna e esse desfecho infantil. Detectou-se ainda, que disciplina inconsistente, punição corporal e saúde mental materna afetaram a regulação emocional da criança, o que, por sua vez, contribuiu para o aumento dos problemas de comportamento disruptivo. Dessa forma, evidenciaram que os efeitos das práticas parentais negativas e da saúde mental materna podem ajudar na compreensão do motivo das crianças expostas a esses fatores de risco apresentarem problemas comportamentais.

O estudo transversal de Wang (2018), conduzido na China com uma amostra de 2.282 pais (mães e pais) de crianças no primeiro ano com idade média de 7,41 anos, analisou a transmissão intergeracional de sintomas depressivos entre pais e filhos, e as possíveis associações com percepções negativas dos filhos e práticas parentais negativas. Os resultados mostraram que os sintomas depressivos maternos e paternos podem ser transmitidos para os filhos através de diferentes processos. Destaca-se que os sintomas depressivos das mães foram preditores de sintomas depressivos das crianças, independentemente do sexo; já os sintomas depressivos dos pais foram preditores de sintomas depressivos somente para os meninos. Sintomas depressivos maternos apresentaram associação com percepções prejudicadas dos filhos e práticas parentais negativas, as quais foram associadas a sintomas depressivos das crianças. As práticas parentais negativas das mães tiveram tanto efeito direto quanto indireto (mediando o impacto da depressão materna) para mais sintomas depressivos nos meninos.

A contribuição única e relativa de práticas parentais de controle (coerção e superproteção) foi o foco do estudo longitudinal de Laurin, Joussemet, Tremblay e Boivin (2015) com uma amostra extraída de uma coorte representativa de Quebec – Canadá, composta por 2.120 crianças, acompanhadas de 2,5 a 8 anos de idade. Os autores examinaram os efeitos dessas práticas parentais para o desenvolvimento de trajetórias de ansiedade na infância no contexto de outras dimensões da parentalidade como carinho/envolvimento, estrutura e permissividade, e outros riscos reconhecidos para a ansiedade (sexo e comportamento inibido da criança, sintomas depressivos maternos, configuração familiar, disfunção familiar e status socioeconômico). Das 11 variáveis analisadas, cinco contribuíram para distinção das trajetórias de ansiedade das crianças dos 2,5 aos 8 anos de idade, a saber: comportamento inibido da criança, depressão materna, disfunção familiar, práticas parentais coercitivas e práticas parentais superprotetoras. Verificou-se que coerção e superproteção aumentaram a trajetória de ansiedade das crianças; entretanto, a superproteção só intensificou a ansiedade infantil, quando esta foi associada a sintomas depressivos maternos ou avaliada pelos professores. As demais práticas parentais estudadas não se mostraram preditoras das trajetórias de ansiedade das crianças.

Os efeitos da parentalidade e da trajetória de sintomas depressivos maternos durante a primeira infância (cinco meses a cinco anos) para a trajetória de problemas internalizantes das crianças (dos seis aos 12 anos) foram analisados por Ahun et al. (2017) em um estudo longitudinal de coorte, com uma amostra populacional canadense ( $n = 1537$ ). Identificaram que os sintomas depressivos maternos se mostraram associados a altos níveis de problemas internalizantes, independentemente de outros fatores maternos (parentalidade, ansiedade e comportamento antissocial), familiares (funcionamento e condições socioeconômicas) e da criança (sexo e temperamento). Verificaram também que ansiedade materna e baixa autoeficácia parental apresentaram associação direta com trajetórias elevadas de problemas internalizantes das crianças. Os autores relataram que como a exposição a depressão materna foi avaliada ao longo dos primeiros cinco anos de vida da criança e as práticas parentais maternas foram avaliadas somente na primeira avaliação (aos cinco meses da criança), não foi possível testar o possível papel mediador das práticas parentais na associação entre sintomas depressivos maternos e problemas internalizantes dos filhos.

O impacto do estilo parental disfuncional (referente a restrição, inconsistência e culpa) e da depressão materna para a trajetória de problemas externalizantes na infância foi abordado no estudo longitudinal de Castelao e Kröner-Herwig (2014), do qual participaram 4.045 crianças alemãs entre nove e 14 anos, de um grande estudo populacional. Foi identificado que

os sintomas depressivos das crianças, o estilo parental disfuncional e o clima familiar negativo foram preditores das trajetórias de problemas externalizantes para ambos os sexos. Ao contrário da hipótese do estudo, os sintomas depressivos maternos não apresentaram associação significativa com essas trajetórias. De acordo com as autoras, a compreensão desse resultado deve considerar a gravidade dos sintomas depressivos e a idade de exposição das crianças. Argumentaram que, em geral, nos estudos prévios que identificaram a associação entre a depressão materna e os problemas de comportamento externalizantes, as mães apresentavam níveis mais elevados de sintomas depressivos e as crianças eram mais jovens. Além disso, destacaram que a literatura tem apontado que a depressão materna tem se mostrado um preditor mais específico dos problemas internalizantes.

Quanto ao uso de práticas parentais de indução de culpa nos filhos, Rakow et al. (2011) realizaram um estudo transversal, com uma amostra de 129 jovens de nove a 15 anos (média de 11,44 anos) e pelo menos um de seus pais (maioria mães) com diagnóstico de transtorno depressivo maior atual ou prévio. Verificaram que maiores níveis de sintomas depressivos maternos foram associados a mais práticas parentais de indução de culpa e a mais problemas internalizantes pelos filhos. Além disso, elevados níveis de prática de indução de culpa foram associados a mais problemas internalizantes pelos jovens. Os resultados esclareceram como a prática de controle psicológico, por meio da dimensão indução de culpa, associa-se aos problemas internalizantes durante a infância no contexto de convivência com a depressão materna.

Os comportamentos parentais de maus-tratos emocionais referentes a hostilidade, indisponibilidade psicológica e controle psicológico foram analisados no estudo transversal de McCullough e Shaffer (2014), do qual participaram 62 díades mãe-criança (entre oito e 11 anos), provenientes de famílias em alto risco devido a condição de pobreza e desvantagem social. Os resultados mostraram que a associação entre sintomas depressivos maternos e problemas externalizantes das crianças foi moderada pelos comportamentos parentais de maus-tratos emocionais. Verificaram também que elevados níveis de sintomas depressivos maternos em conjunto com elevados níveis de comportamentos parentais de maus-tratos emocionais foram associados com aumento dos níveis de problemas internalizantes das crianças. Segundo esses autores, tais achados sugerem que a relação entre depressão materna e problemas comportamentais das crianças não é direta ou determinista, mas depende de variáveis como a parentalidade e o relacionamento mãe-criança.

Em outro estudo transversal, com uma amostra da comunidade de 152 crianças entre seis a sete anos de idade e seus pais (pai e mãe), Aunola, Ruusunen, Viljaranta e Nurmi

(2013) analisaram o controle psicológico parental e a demonstração de afeto pelos filhos quando da convivência com a depressão parental. Verificaram que tanto os sintomas depressivos maternos quanto os paternos foram associados com elevados níveis de emoções negativas como manifestações no cotidiano de raiva, ansiedade e humor deprimido por parte dos filhos. Ademais, essas associações foram totalmente mediadas via controle psicológico parental, que foi utilizado em maior nível por pais e mães com depressão na interação diária com seus filhos. O impacto dos sintomas depressivos maternos para as emoções negativas das crianças também foi mediado pela baixa demonstração de afeto pelos filhos nas interações diárias. Os autores ainda ressaltaram que as mães relataram mais emoções negativas para as meninas e com base em um modelo de equação estrutural, os sintomas depressivos maternos explicaram cerca de 28% da variância das emoções negativas das crianças, enquanto que os sintomas depressivos paternos explicaram aproximadamente 5%.

O uso de práticas punitivas por mães com depressão tem sido examinado em vários estudos. A punição física excessiva demonstrou associação positiva com sintomas depressivos para meninas e com problemas de conduta para meninos na faixa etária de 10 a 12 anos, no estudo conduzido por Drabick, Beauchaine, Gadow, Carlson e Bromet (2006), com uma coorte de 544 crianças cujas mães apresentavam depressão. De acordo com os achados do estudo de Trepát, Granero e Ezpeleta (2014), que avaliou 622 crianças aos três e aos cinco anos de idade, a aplicação de castigo corporal às crianças por parte das mães com depressão apresentou associação com transtorno desafiador opositor para meninos e meninas.

As práticas parentais punitivas de agressão física e agressão psicológica foram examinadas no estudo transversal conduzido por Cione (2016), com uma amostra comunitária em risco de 190 mães e seus filhos pré-adolescentes entre oito e 15 anos de idade (média de 11 anos). O estudo detectou que o transtorno depressivo materno atual, diagnosticado com a aplicação da SCID, se associou significativamente com os problemas de comportamento internalizantes dos filhos, mas não com os comportamentos externalizantes. Verificou que a desregulação emocional das crianças e as práticas parentais punitivas (agressão física e psicológica) apresentaram associação significativa tanto com comportamentos internalizantes quanto externalizantes. A capacidade de regulação emocional da criança mediou a relação entre a agressão psicológica e a ocorrência de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes. Ao contrário da hipótese levantada, a depressão materna não foi significativamente associada a práticas parentais de punição e de disciplina rígida. Segundo a autora, as mães da amostra podem ter experienciado a depressão de um modo mais interno e desativador, o que pode ter coibido tais práticas.

Na dissertação de Mathis (2017), uma amostra proveniente de um estudo americano multicêntrico, composta por 388 mães e suas crianças, foi acompanhada anualmente por três anos (jardim da infância, primeiro ano e segundo ano). O objetivo do estudo foi verificar as influências bidirecionais ao longo do tempo entre depressão materna, práticas parentais negativas (punição, agressão física e espancamento) e comportamento oposicional-agressivo das crianças. Foi identificado que a depressão materna levou a aumento, ao longo do tempo, de práticas parentais negativas e comportamento opositor-agressivo das crianças. Detectaram-se também efeitos bidirecionais, pois as práticas parentais negativas e comportamento opositor-agressivo das crianças exacerbaram a depressão materna no decorrer do tempo. Além disso, o impacto da depressão materna para comportamentos de oposição e agressão da criança foi mediado pela parentalidade negativa.

Outro estudo longitudinal examinou o potencial papel mediador de comportamentos parentais como agressão psicológica, agressão física e disciplina não violenta na relação entre depressão materna e sintomas internalizantes, utilizando dados de 4.581 díades mãe-filho do *FFCWB study*, quando as crianças tinham três, cinco e nove anos de idade. Os resultados indicaram relações bidirecionais entre depressão materna e sintomas internalizantes da criança. Agressão psicológica foi o único comportamento parental que se mostrou mediador dessa relação. As mães com depressão quando as crianças tinham três anos de idade relataram mais agressividade psicológica com seus filhos aos cinco anos de idade, o que foi posteriormente associado a mais sintomas internalizantes das crianças aos nove anos de idade. Por outro lado, maior uso de disciplina não violenta aos cinco anos foi preditor de mais sintomas de internalização das crianças aos nove anos de idade. Tais achados sugerem um modelo transacional que explica os desdobramentos e a reciprocidade dos sintomas de internalização materno-infantil ao longo do tempo (Kuckertz, Mitchell, & Wiggins, 2018).

Em dois estudos transversais, utilizando a mesma amostra da comunidade de 1.490 crianças de seis a 11 anos e suas mães biológicas, foi examinado o impacto dos transtornos depressivo e de ansiedade maternos, e dos comportamentos parentais para sintomas externalizantes (estudo 1) e internalizantes (estudo 2) dos filhos. Os baixos níveis de cuidados e os comportamentos punitivos maternos no relacionamento mãe-filho, em interação com depressão e ansiedade materna, tiveram um efeito significativo para a presença de sintomas externalizantes por parte das crianças entre nove e 11 anos de idade (Piché, Bergeron, Cyr, & Berthiaume, 2011a). A depressão e a ansiedade materna mostraram-se preditoras de sintomas internalizantes dos seis aos 11 anos de idade, principalmente para as meninas, sendo que essa associação foi mediada por quatro variáveis, a saber: idade da criança, comportamentos

maternos de cuidado, comportamentos punitivos maternos e percepção materna de suporte social (Piché, Bergeron, Cyr, & Berthiaume, 2011b).

Alguns estudos têm avaliado o cuidado oferecido aos filhos por mães com depressão por meio da expressão de afeto. No estudo de Choe, Olson e Sameroff (2013), do qual participaram 241 mães com depressão grave e suas crianças, acompanhadas dos três aos 10 anos de idade, foi verificado que níveis elevados de depressão materna foram associados a menos disciplina indutiva (estabelecimento de regras e orientações) e menos expressão de afeto materno (responsividade e cuidados), os quais apresentaram associação com menos controle por esforço (reatividade e autorregulação) pelos filhos aos três anos. Dessa forma, a disciplina indutiva e o afeto materno se configuraram como mediadores dos efeitos adversos da depressão materna para o controle por esforço das crianças. Tais resultados evidenciaram que a depressão materna aumentou o risco dos filhos apresentarem problemas internalizantes por comprometer precocemente a parentalidade e a autorregulação da criança. Os resultados deste estudo revelaram ainda que menores níveis de autorregulação aos três e aos seis anos de idade foram preditores de menor decréscimo nos problemas externalizantes dos seis aos 10 anos de idade.

O papel mediador dos comportamentos parentais como expressão de afeto e hostilidade e o desenvolvimento emocional e comportamental das crianças foi examinado por Giallo, Cooklin, Wade, Esposito e Nicholson (2014) em uma amostra de 2.200 famílias australianas do período pós-natal aos sete anos das crianças. Tais autores verificaram que a angústia materna (nervosismo, desesperança, inquietação e tristeza) pós-natal apresentou associação mais forte com menor expressão de afeto pelas mães sem história prévia de depressão, em comparação a mães com história prévia de depressão. Entretanto, a baixa expressão de afeto pelas mães não se mostrou associada com as dificuldades emocionais e comportamentais das crianças. Identificaram também que elevados níveis de angústia materna pós-natal foram significativamente associados a alta hostilidade parental (perder a paciência e gritar com a criança), que por sua vez se associou ao aumento das dificuldades emocionais e comportamentais das crianças aos 7 anos de idade.

Outra variável materna que influencia as práticas parentais é a sensibilidade em relação aos filhos, a qual pode ser prejudicada pelos sintomas depressivos. 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, foi avaliada por Campbell, Matestic, Von Stauffenberg, Mohan e Kirchner (2007) em um estudo com uma amostra de 1.261 famílias recrutadas de 10 cidades dos Estados Unidos,

acompanhadas desde que as crianças tinham um mês até os sete anos de idade. Os referidos autores identificaram que a sensibilidade materna variou significativamente ao longo do tempo em três grupos de trajetórias da depressão (leve estável, grave 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). Destacaram que, no grupo de trajetória grave crônica, as mães apresentaram níveis mais baixos de sensibilidade na interação com os filhos e referiram mais comportamentos externalizantes e internalizantes, bem como menor competência social por parte das suas crianças aos sete anos de idade.

Ao examinar as associações e os efeitos recíprocos entre sensibilidade materna e comportamentos externalizantes de crianças da pré-escola a pré-adolescência, Wang, Christ, Milss-Koonce, Garrett-Peters e Cox (2013) verificaram que o 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, identificaram que elevados níveis de rigidez materna foram associados a um maior aumento dos comportamentos externalizantes entre quatro e 12 anos de idade.

Em um estudo longitudinal recente, Ettekal, Eiden, Nickerson, Molnar e Schuetze (2019) investigaram as associações entre adversidade socioeconômica, autorregulação das crianças, uso de substâncias no pré-natal, depressão e sensibilidade materna com problemas de conduta da primeira a segunda infância. A amostra foi composta por 216 famílias de baixa renda (74% afro-americanas). Os resultados suportaram um modelo em cascata com alguns efeitos aditivos, a saber: o uso de substâncias no pré-natal e as adversidades socioeconômicas precoces (um mês e dois anos de idade) foram associados prospectivamente com níveis mais baixos de sensibilidade materna; subsequentemente, menor sensibilidade materna foi associada a redução na autorregulação das crianças na primeira infância e, por sua vez, menor autorregulação foi preditora de mais problemas de conduta relatados pelos professores no meio da infância (sete a oito anos). Verificou-se ainda que a manutenção da depressão maternal de um mês aos dois anos da criança foi preditora de problemas de conduta aos quatro anos, sendo que crianças pequenas com mães deprimidas mantiveram níveis mais altos de problemas de conduta enquanto as outras crianças apresentaram declínios.

Bödeker et al. (2018) examinaram o impacto dos maus-tratos na primeira infância materna (abuso físico, sexual ou psicológico, negligência, hostilidade parental ou violência doméstica), da história materna de depressão e da sensibilidade materna para psicopatologia infantil. Participaram do estudo 194 mães com (em remissão total) e sem histórico de depressão e/ou maus-tratos na primeira infância, e seus filhos entre cinco e 12 anos,

proveniente de grande projeto multicêntrico na Alemanha. Para avaliação de diagnósticos psiquiátricos das crianças, as mães responderam ao CBCL e os professores ao *Teacher's Report Form* (TRF). Os resultados mostraram efeito indireto do histórico de depressão materna para psicopatologia dos filhos na avaliação das mães, sendo a sensibilidade materna mediadora dessa relação. Maus-tratos maternos na primeira infância apresentaram efeito direto para o relato dos professores sobre psicopatologia das crianças, não sendo identificado efeito mediador. Dessa forma, os autores concluíram que os prejuízos na relação afetiva mãe-filho que ocorrem depois da depressão materna podem ter um impacto duradouro para o bem-estar das crianças. Além disso, destacaram que as associações entre história de depressão materna, maus-tratos na primeira infância materna, sensibilidade materna e psicopatologia infantil podem variar de acordo com o contexto (família vs. escola), no qual a psicopatologia das crianças é avaliada.

Em um estudo longitudinal, que acompanhou mães e pais de 392 crianças dos três aos nove anos de idade, também foram analisados os efeitos do histórico de depressão parental para psicopatologia das crianças, mas com foco nos estilos parentais de permissividade e autoritarismo. Mais especificamente, buscou-se compreender se um histórico depressivo em um dos pais era preditor do estilo parental do outro genitor. Os pais responderam a SCID para avaliação diagnóstica de transtorno depressivo maior (três anos), a um questionário sobre estilos parentais (três e seis anos) e ao CBCL (três, seis e nove anos). As análises mostraram que um histórico depressivo em um dos pais foi preditor da permissividade do outro genitor e que ambos os estilos parentais foram preditores independentes do aumento de sintomas externalizantes da criança aos nove anos. Quanto ao histórico materno de depressão, verificou-se que a permissividade materna aos seis anos teve um efeito mediador para sintomas externalizantes aos nove anos. Ademais, identificaram-se efeitos indiretos da história de depressão materna para os sintomas externalizantes das crianças aos nove anos de idade, via sintomas externalizantes aos três anos e permissividade e autoritarismo materno aos seis anos. Os autores destacaram que não foram detectados efeitos dos estilos parentais para sintomas internalizantes e vice-versa, argumentando que talvez esse resultado esteja relacionado ao fato que o risco para depressão comece a aumentar somente na adolescência, sendo a amostra de crianças do estudo mais jovem (Kopala-Sibley et al., 2017).

A relação entre parentalidade e depressão parental também foi alvo do estudo transversal realizado por Reising et al. (2013), com uma amostra de 180 jovens (nove a 15 anos) e ambos os pais com diagnóstico de transtorno depressivo maior atual ou passado. Verificaram que sintomas depressivos parentais, parentalidade desajustada (retraída e

intrusiva), desvantagem econômica da vizinhança e status econômico familiar foram correlacionados com sintomas internalizantes e externalizantes dos jovens. Entretanto, quando todas essas variáveis foram inseridas juntas no modelo de predição, apenas a parentalidade desajustada permaneceu significativa, sugerindo que os comportamentos parentais de afastamento ou intrusividade na interação com os filhos, explicaram os efeitos das outras fontes de estresse sobre os sintomas dos filhos.

A interação mãe-filho também é utilizada como medida da parentalidade no contexto de convivência com a depressão materna. Com base em um estudo, que acompanhou 224 díades mãe-filho, desde a entrada das crianças na pré-escola até o sexto ano do ensino fundamental, McCarty e McMahon (2003) identificaram 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.

Em outro estudo longitudinal, com 243 díades mãe-criança, Dubois-Comtois, Moss, Cyr e Pascuzzo (2013) examinaram a relação entre depressão materna, qualidade da interação mãe-criança e apego na pré-escola e problemas de comportamento no meio da infância. Verificaram que 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 8,5 anos de idade. Identificaram que a qualidade da interação mãe-criança (sensibilidade e responsividade) mediou a associação entre depressão materna e desenvolvimento de problemas comportamentais na infância. Além disso, detectaram que mães com sintomas graves de depressão apresentaram piores interações com seus filhos e referiram mais problemas de comportamento para os mesmos. Os referidos autores ressaltaram que tais problemas não foram identificados na observação da interação mãe-filho, sugerindo que a depressão materna favoreceu a distorção da avaliação das mães quanto as dificuldades e necessidades dos filhos.

O potencial papel mediador da interação mãe-criança na relação entre depressão materna e saúde mental das crianças foi analisado no estudo transversal de Van Doorn et al. (2016), com uma amostra clínica holandesa de 111 díades mãe-criança. As crianças tinham de oito a 12 anos de idade e todas tinham sido encaminhadas para tratamento devido a comportamento agressivo. Para avaliação da interação mãe-criança, a díade foi orientada a realizar uma tarefa envolvendo discussão de conflitos, a qual foi codificada em comportamentos maternos de carinho e controle psicológico. Verificou-se que mães com altos níveis de sintomas depressivos relataram mais problemas internalizantes e externalizantes para seus filhos. Por outro lado, ao contrário da hipótese do estudo, filhos de mães com altos

níveis de sintomas depressivos não relataram mais sintomas depressivos. Tais achados evidenciaram discrepâncias na percepção das mães e das crianças, que podem ser explicadas pelo viés da depressão materna, que contribui para distorções. Também contrariando a hipótese levantada pelos autores, não foi identificado nenhum efeito mediador do carinho e controle psicológico maternos para a relação entre sintomas depressivos maternos e problemas de saúde mental das crianças, o que segundo os mesmos pode ter ocorrido devido a características da amostra (crianças em idade escolar e encaminhadas para tratamento de saúde mental) e a análise da interação mãe-criança ter focado somente dois aspectos específicos. Entretanto, detectou-se que o uso mais controle psicológico pelas mães foi preditor direto de mais problemas externalizantes dos filhos.

Analisando-se os estudos referidos constata-se uma ênfase em 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 dos filhos que convivem com mães com depressão, os quais serão descritos a seguir.

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. A parentalidade materna positiva, definida como afeto e suporte entre mãe e filho, acompanhamento das atividades e dos relacionamentos, apresentou correlação com níveis mais baixos de problemas de comportamento externalizantes e internalizantes por parte dos jovens entre 11 e 16 anos de idade (Parent, Jones, Forehand, Cuellar, & Shoulberg, 2013).

Wei, Swan, Makover e Kendall (2017) realizaram um estudo transversal com 88 mães e seus filhos de seis a 17 anos de idade (média de 11,25 anos), diagnosticados com transtorno de ansiedade, cujo objetivo foi verificar as possíveis associações entre concessão de autonomia pelas mães, sintomas maternos (ansiedade e depressão) e ansiedade dos jovens. As mães relataram maiores níveis de ansiedade dos filhos, em comparação aos níveis autorrelatados pelos jovens. A relação entre concessão de autonomia pelas mães e os sintomas de ansiedade dos filhos foi mediada tanto pela ansiedade quanto pela depressão das mães. Os jovens com mães menos deprimidas e ansiosas apresentaram menos ansiedade quando percebiam maior concessão de autonomia.

Com a finalidade de examinar a relação entre fatores individuais, maternos e familiares e os problemas de saúde mental de crianças na idade escolar, Saputraa, Yunibhandb e Sukratul (2017) realizaram um estudo transversal na Indonésia, do qual participaram 143 mães e seus filhos entre seis e 12 anos de idade, com problemas comportamentais. Os problemas de saúde mental das crianças foram mensurados por meio do relato materno no SDQ. Foram analisados nove fatores: sexo, idade, competência acadêmica, competência social, estresse parental materno, comportamento parental materno, depressão materna, renda familiar e relacionamento familiar. Desses fatores, seis apresentaram correlação fraca com problemas de saúde mental em escolares. Os fatores competência acadêmica e relacionamento familiar correlacionaram-se negativamente ao total de dificuldade no SDQ, e estresse parental materno correlacionou-se positivamente. A idade da criança mostrou correlação negativa com problemas de relacionamento com os colegas. Altos escores de parentalidade materna positiva (autonomia e consistência) apresentaram correlação com menos sintomas emocionais das crianças. Ainda a depressão materna teve correlação positiva com sintomas emocionais e negativa com hiperatividade.

Um efeito significativo da interação entre práticas parentais positivas e habilidades sociais de crianças com depressão infantil foi detectado no estudo conduzido por Boyd e Waanders (2013), com 77 mães afro-americanas, de baixa renda, com diagnóstico de transtorno depressivo e seus filhos na faixa etária de oito a 14 anos. Os resultados sugeriram que esses indicadores podem constituir-se em fatores de proteção para os sintomas depressivos de crianças que convivem com mães deprimidas. Verificaram ainda, que as práticas parentais positivas apresentaram correlação positiva com as habilidades sociais das crianças.

As práticas parentais (comunicação, envolvimento, confiança parental e frustração relacional entre pais e filhos) foram mediadoras da relação entre renda familiar e problemas externalizantes das crianças no estudo de C. Lee, J. Lee e August (2011) conduzido com uma amostra multicêntrica, predominantemente rural, de 290 famílias, incluindo-se uma mãe ou um pai por família e seus filhos em idade escolar. Verificaram que níveis graves de agressividade da criança, baixo desempenho acadêmico e menos pontos fortes do seu desenvolvimento (força interpessoal, envolvimento familiar, força intrapessoal, funcionamento escolar e força afetiva) moderaram a relação de mediação entre renda familiar e sintomas depressivos parentais e entre renda familiar e parentalidade positiva.

As influências da depressão parental e do envolvimento emocional e escolar dos pais (n = 2253) para a competência social de crianças latinas no primeiro ano do ensino

fundamental foram examinadas por Valdez, Shewakramani, Goldberg e Padilla (2013). Identificaram diferenças entre os grupos de pais com idioma dominante inglês ou espanhol quanto aos mediadores da relação indireta entre sintomas depressivos parentais e competência social das crianças. Para os pais que tinham como idioma dominante o espanhol, o envolvimento emocional e com a educação dos filhos em casa mediaram totalmente os efeitos da depressão parental para competência social das crianças. Para as crianças cujos pais tinham como idioma dominante o inglês, somente o envolvimento emocional mediou parcialmente a relação entre depressão parental e competência social. O envolvimento parental com a educação dos filhos no ambiente escolar não mediou essa relação, independentemente do idioma dominante dos pais.

Quanto a relação entre tratamento da depressão e as práticas parentais maternas, Foster, Webster et al. (2008) identificaram 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. A participação de pais e mães (n = 180) com transtorno depressivo maior atual ou passado em um programa de intervenção para famílias, embasado no referencial teórico cognitivo-comportamental, contribuiu para redução dos sintomas depressivos e, conseqüentemente, foi um mediador para mudança da parentalidade negativa, prevenindo problemas de comportamento dos filhos na faixa etária de nove a 15 anos (Forehand et al., 2012).

Considerando que as mães com depressão utilizam tanto práticas parentais negativas quanto positivas na educação de seus filhos, sendo a intensidade e a frequência os principais aspectos de diferenciação quando da comparação a mães sem depressão, alguns estudos analisaram os efeitos de ambas para os desfechos dos filhos, os quais serão apresentados a seguir.

Em um estudo longitudinal multicêntrico, com uma coorte de 10.700 crianças, Nantel-Vivier, Pihl, Côté e Tremblay (2014) identificaram que a depressão materna e a parentalidade foram preditores do desenvolvimento pró-social e da saúde mental dos filhos dos dois aos 11 anos de idade. A depressão materna mostrou-se associada com altos níveis de agressão física, ansiedade e depressão das crianças. A parentalidade quando positiva associou-se ao aumento da probabilidade de trajetórias de desenvolvimento com altos níveis de comportamentos pró-sociais; e quando hostil apresentou associação com trajetórias de elevados níveis de

agressividade física, ansiedade e depressão, independente dos níveis de comportamento pró-social.

Ao examinar os efeitos de mediação da disciplina inconsistente e da parentalidade positiva para relação entre depressão parental e ajustamento dos filhos, em uma amostra de 319 pais (mães e pais) com filhos de cinco a nove anos, Dette-Hagenmeyer e Reichle (2013) constataram que a disciplina inconsistente apresentou correlação significativa com todos os desfechos comportamentais das crianças (comportamento desafiador-opositor, hiperatividade, problemas emocionais/internalizantes e competência socioemocional); enquanto que a parentalidade positiva apresentou correlação significativa negativa com comportamento desafiador-opositor, e positiva com a competência socioemocional. Para as mães, a relação entre sintomas depressivos e os quatro indicadores comportamentais das crianças foi completamente mediada pelo uso de disciplina inconsistente, mas não pela parentalidade positiva. Segundo essas autoras, a provável razão para tais achados foi que poucas mães da amostra apresentavam sintomas depressivos em nível clinicamente relevante. Para os pais, o uso de disciplina inconsistente mediou completamente as relações entre sintomas depressivos e comportamento desafiador-opositor, hiperatividade e competência socioemocional, sendo que este último desfecho também foi moderado pela parentalidade paterna positiva. Além disso, a relação de mediação foi moderada pelo sexo das crianças, com os meninos mostrando-se mais vulneráveis que as meninas.

Gallito (2015) avaliou uma amostra de coorte representativa da população do Canadá com 2.631 díades mãe-criança, em um estudo longitudinal com o objetivo de examinar o temperamento infantil como moderador do efeito do estilo parental nos comportamentos internalizantes e externalizantes das crianças, bem como os efeitos diretos e indiretos de vários fatores contextuais (depressão materna, parentalidade positiva, parentalidade hostil-ineficaz, problemas da vizinhança, coesão da vizinhança e suporte social). O temperamento infantil (difícil ou pouco adaptável) e os fatores contextuais foram avaliados no primeiro ciclo quando as crianças estavam com dois a três anos de idade. Os desfechos comportamentais foram avaliados por meio do relato das mães no CBCL aos seis/sete anos das crianças. Os resultados indicaram que a parentalidade positiva reduziu os problemas de comportamento para crianças com temperamento difícil e/ou pouco adaptável. Além disso, a parentalidade hostil-ineficaz (punição e disciplina rígida) associou-se de forma direta e positiva com problemas internalizantes e externalizantes das crianças. A parentalidade positiva (elogio contingente, sensibilidade e demonstrações prazer em realizar atividades com o filho) mediou a associação entre depressão materna e problemas externalizantes na infância.

Com o objetivo de investigar a relação entre depressão materna, parentalidade e sintomas depressivos dos filhos, Olinio et al. (2016) avaliaram 101 mães biológicas (47 com episódio de transtorno depressivo maior nos últimos dois anos e 54 sem história de transtornos psiquiátricos ao longo da vida) e seus filhos pré-adolescentes com idade entre nove e 14 anos. Para tal utilizaram um delineamento longitudinal preditivo, acompanhando as díades ao longo de 18 meses. A avaliação da parentalidade ocorreu através da observação da interação entre mãe-filho em duas tarefas: uma envolvendo a discussão de assuntos geralmente conflituosos e a outra referente ao planejamento de uma atividade divertida. Posteriormente, foram codificadas e classificadas em comportamentos de interação positiva (afeto positivo, resolução de problemas, suporte e retratação) e comportamentos de interação negativa (afeto negativo, dominância e conflito). Verificou-se que baixos níveis de comportamentos maternos de interação positiva e altos níveis de comportamentos maternos de interação negativa apresentaram associação com altos níveis de sintomas depressivos dos filhos. Os resultados mostraram que os comportamentos maternos de interação mediarão ou moderaram de forma modesta a relação entre depressão materna e depressão dos filhos.

Analisando-se os estudos descritos que examinaram as associações entre depressão materna e parentalidade, foi possível constatar que a maioria teve como foco os indicadores negativos, dentre os quais: percepção negativa dos comportamentos dos filhos, baixa responsividade ao comportamento dos filhos (tanto adequados quanto inadequados), conflitos no relacionamento com os filhos, rigidez, inconsistência, hostilidade, baixa expressão de afeto, rejeição dos filhos, expressividade emocional negativa, controle coercitivo, superproteção, baixa autoeficácia, controle psicológico (incluindo a indução de culpa), punição, baixos níveis de cuidados, menos disciplina indutiva, baixa sensibilidade na interação com os filhos, permissividade, autoritarismo, intrusividade e baixa qualidade da interação mãe-filho. Um menor número de estudos analisou as associações da depressão materna com a parentalidade positiva, que se referiu as seguintes variáveis: cuidados regulares, autonomia, afeto, suporte, consistência, boa comunicação, bom relacionamento com os filhos, confiança parental, envolvimento emocional e escolar.

De um modo geral, a parentalidade negativa, estudada por uma diversidade de práticas específicas favoreceu a presença de problemas comportamentais dos filhos e a parentalidade positiva, menos estudada nas suas especificidades, amenizou os efeitos negativos da depressão materna para os desfechos na infância, configurando-se como uma lacuna estudos que abordem as especificidades das práticas parentais positivas.

Assim, evidencia-se a relevância de examinar os aspectos da parentalidade no contexto de convivência com a depressão materna, visto que podem prejudicar ou favorecer o desenvolvimento infantil.

## **1.9 Contextualizando o estudo**

Ao longo do desenvolvimento infantil as crianças são expostas a inúmeras condições de risco e de adversidade dentre as quais se inclui a depressão materna, como uma condição favorecedora de problemas na infância. Nesse sentido e em concordância com a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, se faz necessário identificar e analisar tais condições, bem como os recursos presentes no contexto familiar de mães com depressão.

Tendo por pressuposto que variáveis contextuais do ambiente familiar, tais como os estressores cumulativos e os recursos de parentalidade, podem se constituir em fatores de risco ou proteção frente à depressão materna, considera-se que o estudo de tais variáveis poderá ampliar a compreensão sobre o impacto da depressão materna para os problemas comportamentais na infância. Apesar do amplo reconhecimento de que a depressão parental apresenta uma influência negativa para o relacionamento pais-filhos, os mecanismos subjacentes ainda são desconhecidos, sendo necessários novos estudos que examinem a associação entre parentalidade e múltiplas variáveis contextuais presentes nesse cenário, de modo a avaliar o efeito conjunto (Psychogiou & Parry, 2014).

Em um editorial, Melchior e van der Waerden (2016) abordaram as influências parentais para saúde mental das crianças, apontando que as habilidades parentais e a sensibilidade as necessidades dos filhos estão relacionadas ao risco do desenvolvimento de problemas de comportamento e psicopatologia na infância. Os referidos autores ressaltaram que um dos caminhos para prevenir ou atenuar os problemas de saúde mental das crianças é por meio da melhora das práticas parentais.

A partir dessas considerações, o presente estudo se insere nas lacunas da literatura quanto às peculiaridades do ambiente familiar de convivência com a depressão materna, com destaque para os estressores cumulativos e os recursos de parentalidade, enquanto especificidades da parentalidade positiva. Buscou-se, assim, contribuir para a compreensão do impacto dessas variáveis para o comportamento das crianças em idade escolar, que convivem

com mães diagnosticadas com depressão recorrente. Nesse sentido, espera-se que tais dados possam subsidiar estratégias de prevenção e tratamento em saúde mental materna e infantil.

## **2 OBJETIVOS**

---

## 2.1 Objetivo geral

Verificar o efeito preditivo dos estressores cumulativos do ambiente familiar e dos recursos de parentalidade para o comportamento de crianças em idade escolar, que convivem com a depressão materna recorrente.

## 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) indicadores relativos às condições de risco – eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos, e (c) indicadores relativos às condições de proteção – recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade;
- 2) Verificar as possíveis associações entre as variáveis: (a) depressão maternal; (b) indicadores comportamentais das crianças, (c) indicadores relativos às condições de risco – eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos, e (d) indicadores relativos às condições de proteção – recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade;
- 3) Analisar o potencial efeito mediador da variável recursos de parentalidade na associação entre depressão maternal e problemas comportamentais;
- 4) Identificar por meio da Curva ROC os pontos de corte para os estressores cumulativos e os recursos de parentalidade que discriminam crianças, que convivem com a depressão materna recorrente, em vulnerabilidade para dificuldades comportamentais.

## **3 MÉTODO**

---

### 3.1 Delineamento

Este estudo foi desenvolvido com um delineamento transversal, correlacional preditivo, utilizando dados obtidos a partir de distintas fontes e técnicas, inclusive dados qualitativos, que foram categorizados e codificados a fim de permitir o tratamento por métodos estatísticos. Buscou-se identificar as possíveis associações entre depressão materna, problemas comportamentais de escolares, estressores cumulativos, recursos de parentalidade, adversidades e recursos do ambiente familiar. Testou-se o valor preditivo da depressão materna, dos estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade para os desfechos comportamentais das crianças.

### 3.2 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, do ambiente familiar e da rede de apoio social disponibilizada às famílias (CNPq 307394/2014-0). Este estudo utilizou dados provenientes de um banco de dados estabelecido a partir das coletas de dados da Dissertação de Mestrado<sup>1</sup> da doutoranda autora dessa tese (PG Saúde Mental FMRP-USP) e da Tese de Doutorado da aluna Fernanda Aguiar Pizeta<sup>2</sup> (PG Saúde Mental 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).

No primeiro contato, todas as mães foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo, a ausência de prejuízos ou danos decorrentes da sua participação ou de seu(u) filho(a), bem

---

<sup>1</sup> Silva, A. P. C. (2014). *Depressão materna e comportamento de crianças: estressores, práticas parentais positivas e suporte social*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

<sup>2</sup> 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.

como do caráter voluntário, sendo possível desistir a qualquer momento da participação, sem implicação alguma para seus atendimentos. Além disso, assegurou-se o sigilo das informações coletadas, sendo utilizadas somente para fins científicos.

As mães e as crianças foram avaliadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B – TCLE para as mães Grupo Depressão e ANEXO C – TCLE para as mães Grupo Comparação), elaborado conforme as normas para pesquisas com seres humanos. As crianças também foram consultadas quanto a sua anuência em participar do estudo, sendo orientadas em relação a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que isto trouxesse prejuízos a elas ou a seus familiares. A possibilidade de entrevista devolutiva foi oferecida às mães participantes. Essas foram realizadas mediante a manifestação de interesse das mesmas e tiveram como foco informações referentes aos recursos cognitivos e aos indicadores comportamentais dos(as) filhos(as), procedendo-se os encaminhamentos oportunos, quando da detecção de dificuldades por parte das crianças ou das mães.

### **3.3 Participantes**

Foram avaliadas 100 díades mãe-criança de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, distribuídas em dois grupos:

Grupo Depressão: 50 díades mãe-criança, cujas mães apresentaram história de depressão recorrente, sistematicamente avaliada por instrumento diagnóstico;

Grupo Comparação: 50 díades mãe-criança, cujas mães não apresentaram história de depressão ou qualquer transtorno psiquiátrico, sistematicamente avaliado por instrumento diagnóstico.

As mães tinham entre 25 e 45 anos de idade, e as crianças de ambos os sexos, estavam na faixa etária de sete e 12 anos (idade escolar).

### 3.4 Caracterização da situação do estudo

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

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

Em levantamento do perfil epidemiológico do Núcleo de Saúde Mental de Ribeirão Preto, em que também se identificou mães do Grupo Depressão, Reis (2012) verificou que cerca de 8% dos usuários apresentaram características semelhantes ao perfil definido para as mães desse grupo, ou seja, de um total de 1281 usuários deste serviço, aproximadamente 110 eram mulheres, com idade entre 18 e 49 anos.

Para a seleo das mães do Grupo Comparo, contatou-se 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 pelo Núcleo de Saúde Mental. Essa USF oferece atendimentos em: Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia e Enfermagem; e abrange os seguintes bairros: Eugnio 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 importante destacar que o Município de Ribeirão Preto é uma cidade caracterizada como de médio porte, localizada no interior do Estado de São Paulo, possui populao de aproximadamente 604.682 habitantes, com área total de 652,31 km<sup>2</sup> e ndice de Desenvolvimento Humano Municipal igual a 0,800, conforme dados do último Senso realizado em 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019), ocupando no mesmo ano a 40<sup>a</sup> posio em relao aos municípios do Brasil (Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 2013).

### 3.5 Seleção dos participantes – Critérios de inclusão e exclusão

#### 3.5.1 Seleção das mães

Para composição de ambos os grupos, selecionou-se uma amostra de conveniência composta por mães na faixa etária de 25 a 45 anos e com filhos biológicos em idade escolar (sete a 12 anos).

O critério de inclusão para o Grupo Depressão foram mães 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, visando evitar a possível influência de sintomas depressivos atuais para o relato materno.

Quanto ao diagnóstico de depressão, seguiram-se os critérios da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (OMS, 1989/2014), sendo incluídas no estudo as mães 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; mães que apresentaram episódios moderados ou graves nos últimos seis meses; e que apresentaram comorbidades com outros transtornos psiquiátricos, 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 pudessem 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. Essas doenças foram elencadas com base no artigo 151 da Lei 8.213/91 (Planos de Benefícios da Previdência Social), que dispõe uma lista de doenças consideradas graves e incapacitantes e no artigo de Schmidt et al. (2011) sobre doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.

Em relação ao Grupo Comparação, adotou-se como critério de inclusão mães atendidas em uma USF da Secretaria Municipal de Saúde, sem 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 Grupo Depressão.

### **3.5.2 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 foi considerado o desempenho intelectual, maior ou igual ao percentil médio inferior, no teste das Matrizes Progressivas de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999) e a convivência com suas mães biológicas. Adotou-se como critérios de exclusão: crianças órfãs ou com história de adoção, bem como com retardo mental e com deficiências sensoriais aparentes, visando controlar outras variáveis que pudessem interferir no comportamento das crianças.

Com intuito de favorecer a homogeneidade e controlar variáveis de confundimento, buscou-se balancear os grupos quanto a idade, sexo e escolaridade das crianças.

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

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

## **3.6 Percurso amostral**

Definiu-se previamente que seriam incluídas em cada grupo, pelo menos, 50 mães com perfil homogêneo quanto ao sexo das crianças, de modo a atender aos objetivos do estudo quanto às variáveis de interesse, relativas a depressão materna, aos estressores cumulativos e aos recursos de parentalidade.

### 3.6.1 Grupo Depressão – Mães com depressão recorrente

Inicialmente, procedeu-se a consulta de todos os prontuários ativos e inativos no período de 2006 a 2013, nos referidos serviços ambulatoriais de Saúde Mental. Buscou-se 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. Quando necessário, entrou-se em contato com as mulheres para confirmar se tinham filhos e a idade deles, uma vez que esta informação nem sempre estava disponível nos prontuários.

No Ambulatório Regional de Saúde Mental, a base de dados do Sistema Hygia (sistema de gestão informatizado e em rede, utilizado pelos serviços municipais de saúde), quando em funcionamento, foi utilizada para pré-seleção dos prontuários, visto que fornecia informações sobre gênero, idade e diagnóstico dos usuários. Pelo Sistema Hygia, foram selecionados todos os prontuários relativos a pacientes mulheres, que estiveram ou estavam em atendimento nesse ambulatório no período do estudo, cujos diagnósticos foram depressão recorrente, moderada e/ou grave. Posteriormente, foram selecionadas mulheres com esses diagnósticos que estavam na faixa etária de 25 a 45 anos, sendo pesquisadas e identificadas via prontuários físicos aquelas com filhos na faixa etária de sete a 12 anos. Por fim, foram selecionadas as mulheres/mães 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, foram excluídas 187 por: apresentarem sintomas depressivos no momento da coleta (92 mães), não terem sido localizadas (61 mães) e não aceitarem ou desistirem de participar (34 mães). Realizou-se a avaliação de 81 díades mãe-criança, das quais excluiu-se ainda 31 pelas mães apresentarem outros transtornos psiquiátricos (27 díades) e pelos filhos serem portadores de deficiência sensorial ou mental (quatro díades). Incluiu-se, assim, 50 díades, cujas mulheres/mães tinham o 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 do Grupo Depressão está apresentado na Figura 1.

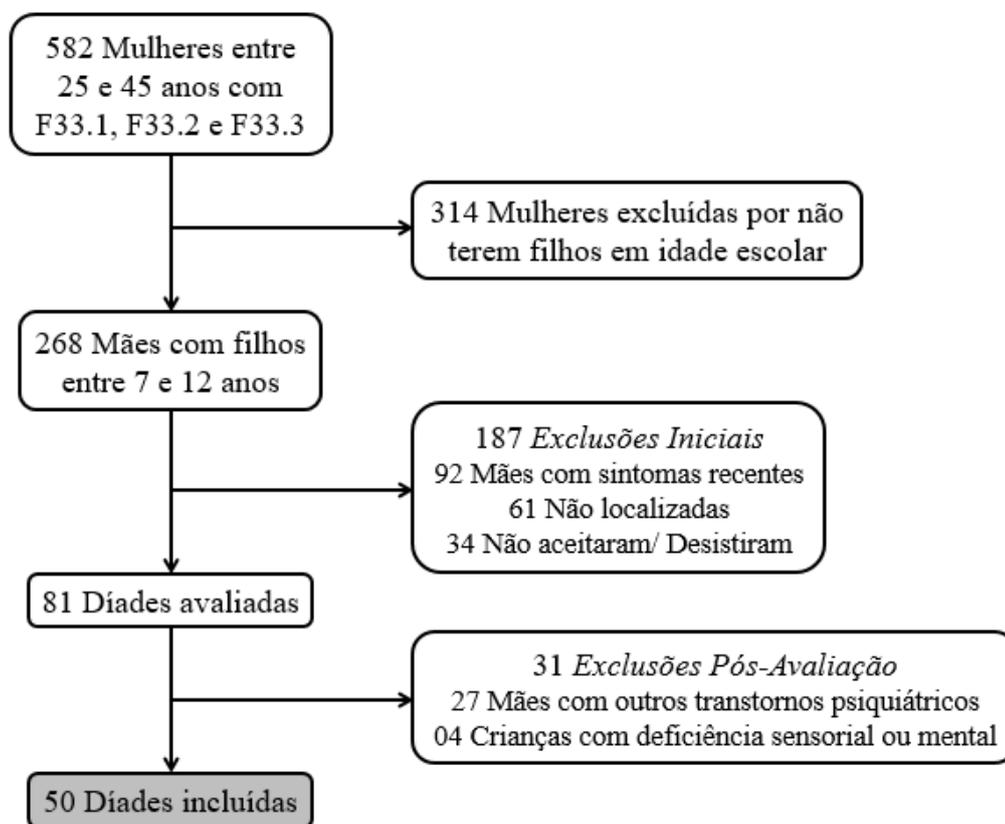


Figura 1. Percurso amostral – Grupo Depressão

### 3.6.2 Grupo Comparação – Mães sem transtorno psiquiátrico

Todos os participantes do Grupo Comparação foram provenientes de uma USF da Secretaria Municipal de Saúde, já descrita anteriormente.

O projeto de pesquisa foi apresentado aos profissionais deste serviço e, posteriormente, 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 sete a 12 anos. Após o recebimento da referida lista, foi realizado contato com um total de 153 mulheres com filhos na faixa etária mencionada. Dessas, procedeu-se à exclusão de 66 por não aceitarem ou desistirem de participar (39 mães) e não terem sido localizadas (27 mães). Foram avaliadas 87 díades mãe-criança, das quais se

excluiu ainda 37 devido às mães apresentarem sintomas depressivos ou transtornos psiquiátricos (34 díades), e aos filhos serem portadores de deficiência sensorial (três díades).

As manifestações de sintomas depressivos atuais ou outros transtornos psiquiátricos foram avaliados 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). Dessa forma, foram incluídas no Grupo Comparação um total de 50 díades, cujas mulheres/mães não apresentavam sintomas depressivos atuais e qualquer transtorno psiquiátrico. Tal percurso amostral está apresentado na Figura 2.

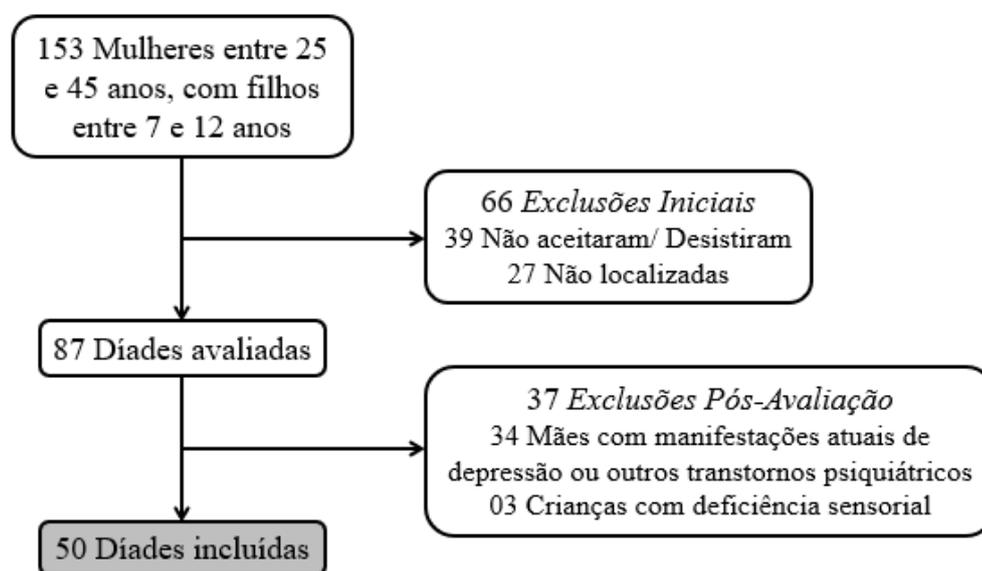


Figura 2. Percurso amostral – Grupo Comparação

### 3.7 Instrumentos

#### 3.7.1 Com as mães

##### Questionário geral

Foi elaborado para finalidade do estudo, permitindo o levantamento de características sociodemográficas dos participantes e de suas famílias, a saber: idades da mãe e da criança;

estado civil da mãe; escolaridade da mãe, do pai e da criança; profissão/ocupação materna e paterna; composição familiar; condições de moradia; renda familiar; e nível socioeconômico. Tal Questionário (APÊNDICE A) avaliou também condições da gravidez, histórico de depressão familiar, de violência doméstica, presença de doenças crônicas maternas e de deficiências por parte das crianças.

Para avaliação das condições socioeconômicas, foram utilizados os itens do Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP (ANEXO D).

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

O PHQ-9 é um instrumento diagnóstico elaborado para a identificação de transtornos mentais em serviços de atenção primária à saúde, o qual foi adaptado do Primary Care Evaluation of Mental Disorders – PRIME-MD (Spitzer et al., 1994). Refere-se a um módulo baseado diretamente nos critérios diagnósticos para Desordem de Depressão Maior do DSM-IV, validado por Spitzer, Kroenke e Williams (1999), e Kroenke, Spitzer e Williams (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. As respostas para cada item são computadas em uma escala tipo Likert referente à frequência de sinais e sintomas da depressão nas últimas duas semanas, sendo pontuado como: 0 (zero) – não ocorreu, 1 – ocorreu vários dias, 2 – ocorreu em mais da metade dos dias, e 3 – ocorreu 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 da gravidade da depressão, conforme as seguintes categorias: zero a cinco – ausência de indicadores de Depressão Maior; seis a nove – indicadores de Depressão Maior leve; 10 a 14 – indicadores de Depressão Maior moderada; 15 a 19 – indicadores de Depressão Maior moderada a severa; e escores acima de 20 – indicadores de Depressão Maior severa.

Quanto 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 ( $p < 0,001$ ) (Osório, Mendes, Crippa, & Loureiro, 2008). A nota de corte maior ou igual a 10 mostrou-se a mais adequada para

rastreamento da depressão, apresentando: 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).

Foi usada neste estudo a versão em português traduzida pela Pfizer<sup>3</sup> (ANEXO E) com o propósito de identificar possíveis sintomas depressivos atuais nas mães do Grupo Comparação, sendo excluídas aquelas que apresentaram escore total maior ou igual a 10, por não preencherem critério de inclusão para o presente estudo. Ressalta-se que todas as mães desse grupo que tiveram escore menor que 10 no PHQ-9 foram ainda avaliadas pela SCID-NP, de modo a excluir a presença de transtornos psiquiátricos.

### **Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID)**

Trata-se de uma entrevista semiestruturada para avaliação diagnóstica, traduzida e adaptada para população brasileira por Del-Ben (1995) e Del-Ben et al. (2001). Foram utilizados para o Grupo Depressão a Revisão Geral, a SCID I (módulos A, B, C, D, E e F) e a SCID II, visando à aplicação dos critérios de inclusão das mães, ou seja, a confirmação diagnóstica de transtorno depressivo recorrente e a exclusão de comorbidades. Além das informações diagnósticas, a SCID possibilitou a coleta de informações sobre o perfil clínico desse grupo, a saber: gravidade dos episódios depressivos, número de recorrência de tais episódios, número de internações, presença de sintomas psicóticos, ideação suicida, tentativa de suicídio, uso atual de antidepressivo e os períodos de ocorrência dos episódios depressivos, focalizando de modo especial o período de exposição da criança à depressão materna.

As mães do Grupo Comparação responderam a versão SCID-NP (edição para não pacientes), a fim de identificar aquelas com transtornos psiquiátricos passados ou atuais, as quais foram excluídas do estudo.

Dessa forma, a finalidade do uso desta entrevista no estudo foi a sistematização da avaliação diagnóstica para composição da amostra. Destaca-se que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, atualmente em sua quinta edição (APA, 2014), manteve os critérios diagnósticos relativos aos transtornos depressivos persistentes apresentados na versão anterior, utilizada para a elaboração da SCID.

---

<sup>3</sup> Copyright © 2005 Pfizer Inc; Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão.

### Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Refere-se a um instrumento de uso livre (site: [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)), desenvolvido por Goodman (1997) para rastreamento de problemas comportamentais em crianças e adolescentes (de quatro a 16 anos) nos últimos seis meses. Foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Fleitlich-Bilyk et al. (2000). Apresenta três versões de aplicação (pais, professores e jovens a partir dos 11 anos), sendo que no presente estudo se utilizou a versão para pais.

Esse questionário (ANEXO F) é composto por 25 itens, os quais são divididos em quatro escalas de dificuldades (Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Colegas) e uma escala de capacidade (Comportamento Pró-Social) com cinco itens cada. Cada item apresenta três alternativas de resposta, sendo elas: verdadeiro, mais ou menos verdadeiro e falso, cuja pontuação varia entre zero, um e dois, dependendo do item. A pontuação máxima, em cada uma das escalas, é de 10 pontos. O escore total de dificuldades é obtido pela somatória da pontuação nas quatro escalas de dificuldades, variando de zero a 40. Quanto maior a pontuação nas escalas de dificuldades ou no escore total, mais problemas comportamentais na área específica avaliada ou no geral, respectivamente. Para escala de capacidade, quanto maior a pontuação obtida, mais recursos pró-sociais a criança apresenta. A pontuação em cada escala e no escore total de dificuldades possibilita também a classificação em três categorias: normal, limítrofe e anormal.

De acordo com o estudo de Goodman, Lamping e Ploubidis (2010), as quatro escalas de dificuldades do SDQ podem ser agrupadas em comportamentos internalizantes (Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com os Colegas, com escore total variando de 0 a 20) e externalizantes (Problemas de Conduta e Hiperatividade, com escore total variando de 0 a 20). Tais autores sugeriram a utilização desses dois agrupamentos e da escala de Comportamento Pró-Social para amostras da comunidade de baixo risco.

A validade e a fidedignidade do instrumento no Brasil foram avaliadas por Woerner et al. (2004), que verificaram boas qualidades psicométrica. Para o estudo da fidedignidade, utilizaram o método teste-reteste e o cálculo do *alfa* de Cronbach, identificando-se 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 correlação de 0,79 entre as avaliações e de 0,77 intra classe (ambos com  $p < 0,001$ ). Em relação ao estudo da validade, tais autores compararam o SDQ aos questionários de Rutter e

ao CBCL (correlações de 0,90 e de 0,87, respectivamente) e com o instrumento diagnóstico DAWBA ( $\chi^2 = 13,1$ ;  $p < 0,001$ ), detectando-se indicadores de validade estatísticos.

Para o presente estudo ( $n = 100$ ), procedeu-se a análise de confiabilidade para os itens das escalas de problemas do SDQ e o valor obtido no cálculo do *alfa* de *Cronbach* foi considerado moderado a elevado ( $\alpha = 0,83$ ).

O SDQ forneceu a medida de comportamento das crianças e permitiu a identificação das crianças com e sem dificuldades comportamentais, tendo por base a nota de corte indicadora de problema (score total maior que 16) proposta por Goodman (1997).

### **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 saber: (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.

Esse inventário (ANEXO G) é preenchido mediante as respostas das mães para cada um dos tópicos. A soma da pontuação de recursos presentes em cada tópico é convertida em uma escala de zero a 10, ponderando-se os valores obtidos, posto que o número de possíveis respostas é variável. O score total corresponde à somatória dos scores obtidos nos 10 tópicos do Inventário.

Quanto aos indicadores psicométricos, em uma amostra de 100 crianças com queixa escolar, verificou-se boa consistência interna com *alfa* de *Cronbach* de 0,84 e boa estabilidade da medida global com índices de estabilidade entre 92% e 100% (Santos, 1999).

A inclusão no estudo teve por finalidade a identificação de recursos de parentalidade (alguns itens) e possíveis condições de proteção do ambiente familiar, considerando-se para este último o score total ponderado do RAF, obtido pela somatória dos scores ponderados em cada item dividido pelo score máximo.

### **Escala de Eventos Adversos (EEA)**

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

A EEA é preenchida a partir das respostas das mães, mediante leitura desses itens, que descrevem várias situações que podem ocorrer na vida das crianças. Cada item é pontuado de acordo com os seguintes critérios: 0 (zero) – nunca ocorreu, 1 – ocorreu nos últimos 12 meses e 1 – ocorreu anteriormente, podendo variar de zero a dois pontos. O escore total nessa escala é resultante da soma da pontuação em cada item e pode atingir o máximo de 72 pontos.

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

A inclusão dessa escala no estudo teve por finalidade a identificação de estressores cumulativos (alguns itens) e eventos adversos presentes na vida das crianças e das famílias, sendo considerados para este último o escore total ponderado da EEA, obtido pela somatória da pontuação de cada item dividida pela pontuação máxima.

### **Escala de Adversidade Crônica (EAC)**

Proposta também por Marturano (1999), tem como objetivo a identificação de eventos adversos crônicos que podem ter ocorrido desde o nascimento da criança e que tenham duração ou ocorrência repetida por um ano ou mais. Esta escala (ANEXO I) é composta por 18 itens que abarcam 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 EAC é preenchida a partir das respostas das mães, mediante leitura desses itens relativos a 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. Cada item apontado pelas mães como tendo acontecido na vida de criança com duração ou ocorrência repetida por um ano ou mais é computado com um ponto, sendo obtido o escore total (máximo de 18 pontos) mediante a somatória dos pontos.

A inclusão no estudo teve por finalidade a identificação de estressores cumulativos (alguns itens) e adversidades crônicas presentes na vida das crianças e das famílias, sendo considerado para este último o escore ponderado total obtido na EAC, obtido pela somatória da pontuação de cada item dividida pela pontuação máxima.

### **Entrevista com Roteiro Semiestruturado**

Foi elaborada para o estudo de doutorado de Pizeta (2014)<sup>4</sup> com o intuito de avaliar indicadores relativos aos processos-chave de resiliência familiar propostos por Walsh (2005). Para este estudo, considerou-se somente os tópicos relacionados aos estressores cumulativos e aos recursos de parentalidade, de modo a identificar condições de risco e de proteção, respectivamente. Especificar-se-á, a seguir no Quadro 1, as questões guia dessa entrevista que foram utilizadas no presente estudo.

Quadro 1 – Questões utilizadas da Entrevista com Roteiro Semiestruturado, relativas aos estressores cumulativos e aos recursos de parentalidade, na ordem de aplicação

<b>Questões</b>
1. Pensando em seu dia a dia, como você decide o que fazer e o que não fazer? Você se planeja?
2. Como está dividido seu tempo no que se refere ao seu trabalho (em casa e fora de casa, quando tiver) e às necessidades familiares?
3. Quais são seus compromissos com sua família?
4. Como você avalia os cuidados que vem tendo com seu(ua) filho(a) nos últimos 12 meses?
5. Quem é a pessoa que permanece com seu(ua) filho(a) a maior parte do tempo?
6. Quem define para seu(ua) 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?
7. Quando seu(ua) filho(a) não obedece, como você reage?
8. Em relação ao seu filho, ele tem rotinas a seguir? Quando? Quais? Descreva um dia típico de seu(ua) filho(a).

Continua

<sup>4</sup> 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

<b>Questões</b>
9. Frente a dificuldades sérias ou que se repetiram em sua vida, as atividades que você costuma realizar com seu(ua) filho(a) ficaram diferentes ou se alteraram? Quais atividades ficaram diferentes?
10. Em situações novas, como é a adaptação de seu(ua) filho(a)? Como ele(a) reage a elas?
11. Você consegue perceber quando seu(ua) filho(a) está precisando de ajuda? Como?
12. Do que você acha que seu(ua) filho(a) precisa?
13. Em situações relacionadas ao seu(ua) filho, você recorre a alguém quando precisa de ajuda ou opinião? A quem?
14. 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?
15. Quanto a sua comunidade... Você considera que tem uma vizinhança violenta, com problemas com a polícia?
16. Quais os serviços da comunidade (educacionais, religiosos, de saúde, de esporte e lazer, sócio assistenciais e comunitários) que podem ajudá-la ou à sua família?

Conclusão.

Fonte: Pizeta (2014).

### **3.7.2 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. Dispõe de 36 itens, divididos em três séries, sendo que cada série contém 12 problemas. Foi padronizado para uma amostra representativa de crianças brasileiras de cinco a 11 anos e meio, de escolas públicas e particulares, da cidade de São Paulo (Angelini et al., 1999).

A estrutura fatorial das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven foi analisada no estudo de Muniz, Gomes e Pasian (2016), utilizando um banco de dados com 1.279 crianças (idade média de 8,48 anos). Foi verificado que os resultados divergiram da proposta teórica

desse teste no que se refere as escalas propostas, indicando que o mesmo pode ser interpretado por um fator geral e um fator específico, ou um fator geral e três específicos, com dois modelos bidimensionais. Os referidos autores sugeriram que o modelo com três fatores pode ser usado como um screening do estágio de desenvolvimento cognitivo das crianças por ser específico, o que facilita sua interpretação.

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 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, pois são itens muito fáceis com propósito de introduzir o tipo de raciocínio a ser utilizado. Em relação à precisão, 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 foi um dos critérios de inclusão das crianças no estudo, adotando-se o desempenho intelectual maior ou igual ao percentil médio inferior ( $\geq 25$ ).

### **Teste de Desempenho Escolar - TDE**

O TDE é um instrumento que 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, normatizado por Stein (1994). É composto por três subtestes (Escrita, Aritmética e Leitura), com itens apresentados em ordem crescente de dificuldade. Para cada item respondido corretamente, soma-se um ponto e quanto maior a pontuação, nos subtestes (score bruto) e na somatória dos três subtestes (score bruto total), melhor é o desempenho da criança no teste. O score bruto máximo nos subtestes é: Escrita – 35 pontos, Aritmética – 38 pontos e Leitura – 70 pontos; podendo o score bruto total variar de zero a 143 pontos.

Em um estudo com 164 escolares do ensino fundamental de cidade do interior paulista, Capellini, Tonelotto e Ciasca (2004) verificaram que as médias do grupo de crianças considerado pelos professores como sem dificuldade escolar foram significativamente maiores para as três subtestes do TDE, bem como para o score bruto total. Tais resultados evidenciaram a sensibilidade desse teste a diferenças entre alunos com e sem dificuldade de aprendizagem, de acordo com a percepção dos professores.

As propriedades psicométricas do TDE foram examinadas por meio da análise da consistência interna para cada um dos subtestes. A partir dos scores nos itens e do score

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. Considerando-se os três subtestes e o teste total, os coeficientes de correlação mostraram-se satisfatórios, entre 0,67 e 0,95 (todos com  $p \leq 0,001$ ) e o coeficiente alfa variou de 0,93 a 0,98 (Stein, 1994).

A inclusão neste 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 escolar foi considerada um estressor.

### **3.8 Procedimentos**

#### **3.8.1 Coleta de dados**

A coleta com as díades de ambos os grupos (Depressão e Comparação) foi realizada nos serviços de saúde em que as mães eram atendidas ou em suas casas, respeitando-se a preferência das mesmas. Buscou-se garantir a privacidade e o sigilo 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. Neste primeiro contato, elas foram informadas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participarem da pesquisa. Além disso, coletaram-se informações relativas à idade da mãe e dos filhos, escolaridade das crianças, presença de deficiências na família, ocorrência de casos de adoção e busca materna por tratamento psicológico, psiquiátrico ou neurológico ao longo da vida. Com as mães do Grupo Comparação, aplicou-se também o PHQ-9 para rastreamento de sinais e sintomas de depressão atuais.

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

O início das avaliações ocorreu somente após a leitura e assinatura pelas mães do TCLE. Ademais, posteriormente, as crianças também foram convidadas a participar do estudo

e esclarecidas sobre seus objetivos, sendo avaliadas apenas aquelas que manifestaram concordância.

As avaliações foram realizadas em sessões individuais, face a face, por pesquisadores previamente treinados, visando tornar homogênea a coleta de dados. 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 para aplicação da SCID. As avaliações das crianças foram realizadas pelos bolsistas de apoio técnico e pelas graduandas de psicologia, bolsistas de Iniciação Científica (IC-FAPESP e IC-CNPq). Esses pesquisadores foram responsáveis ainda pela revisão de prontuários para seleção dos participantes. Para acompanhamento da seleção dos participantes, manteve-se reuniões regulares da equipe com a orientadora do estudo, 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 pesquisadores diferentes, ou seja, um avaliador realizou a coleta de dados com a mãe e outro com a criança.

### **Avaliação com as mães**

As mães foram avaliadas em duas a três sessões, com duração de aproximadamente 70 minutos cada. Na primeira sessão, foi lido e assinado o TCLE, bem como aplicados o Questionário Geral e a SCID. Posteriormente, as mães que atenderam aos critérios de inclusão para o estudo, com base na aplicação da SCID (confirmação diagnóstica), responderam aos seguintes instrumentos: RAF, EEA, EAC e SDQ, de acordo com as instruções específicas de aplicação de cada um deles. Os itens dos instrumentos foram lidos pela aplicadora e acompanhados pelas participantes, as quais informavam verbalmente as suas respostas, assinaladas no protocolo pela aplicadora. Na segunda sessão, aplicou-se a Entrevista com Roteiro Semiestruturado, a qual foi gravada em áudio. Quando necessário foi realizada ainda uma terceira sessão para o término da aplicação da entrevista.

Ao final da coleta, ofereceu-se a todas as mães participantes a possibilidade de entrevista devolutiva, que foram realizadas com aquelas que manifestaram interesse, tendo 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 (em média 47 minutos). Após um breve *rapport*, aplicou-se o Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, de acordo com recomendações técnicas previstas. Posteriormente, as crianças responderam ao TDE, seguindo-se as recomendações técnicas específicas de aplicação.

Todas as crianças realizaram ambos os testes, posto que os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados somente após a conclusão dessa sessão de avaliação.

### **3.8.2 Tratamento dos dados**

#### **Codificação e categorização**

Os dados obtidos no PHQ-9, na SCID, no SDQ, no RAF, na EEA, na EAC, no Raven e no TDE foram codificados conforme com as normas técnicas de cada um desses instrumentos. Faz-se importante lembrar que os dados provenientes do PHQ-9 e do Raven foram usados somente para critério de seleção das díades a serem incluídas neste estudo. Os dados decorrentes dos demais instrumentos foram utilizados conjuntamente com as informações obtidas no Questionário Geral e na Entrevista com Roteiro Semiestruturado, de modo a identificar as variáveis definidas para o presente estudo.

Para codificação dos dados provenientes dessa Entrevista, seguiu-se o método de análise proposto por Biasoli-Alves (1998) para a interpretação dos itens, tomando-se por base a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento. Dessa forma, elaboraram-se dois protocolos de avaliação com categorias pré-definidas, que permitiram a análise sistemática dos relatos maternos, de modo a identificar e categorizar as variáveis referentes aos estressores cumulativos e aos recursos de parentalidade. Para tal, as respostas aos tópicos da Entrevista selecionados para este estudo foram transcritas literalmente e na íntegra, e posteriormente, foram codificadas por dois avaliadores, de forma independentes. Ademais, atribuíram-se pontuações a codificação dessas variáveis, como será apresentado a seguir.

Descrever-se-á a seguir a forma como cada variável foi considerada.

### Variáveis sociodemográficas

As informações obtidas no Questionário Geral foram codificadas em termos de frequência para o levantamento do perfil sociodemográfico das crianças (gênero, idade e escolaridade), das mães (idade, escolaridade, estado civil, ocupação e número de filhos) e das famílias (constituição familiar – monoparental ou biparental, histórico de violência doméstica, renda mensal e classe socioeconômica – critérios da ABEP).

### Variável de desfecho – Comportamento das crianças

Considerou-se como medida de desfecho o comportamento das crianças, classificada como presença ou ausência de dificuldades comportamentais, avaliadas pelo escore total de dificuldades no SDQ. Esse escore total é computado pela somatória das pontuações nas seguintes escalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Colegas. Tomou-se por base a nota de corte proposta por Goodman (1997) – escore total maior que 16, correspondente à classificação anormal, como indicativa da presença de dificuldades comportamentais e escore total menor ou igual a 16, correspondente às classificações normal e limítrofe, como indicativas da ausência de dificuldades comportamentais. No presente estudo, foram consideradas Sem Dificuldade, as crianças que obtiveram escores correspondentes às classificações normal e limítrofe; e Com Dificuldade as crianças que obtiveram escores correspondentes à classificação anormal.

Ademais, foram agrupados o total de comportamentos Internalizantes, a partir da soma dos escores nas escalas Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com os Colegas, e o total de comportamentos Externalizantes, pela somatória dos escores nas escalas Problemas de Conduta e Hiperatividade (Goodman et al., 2010). Os problemas de comportamento também foram codificados nas seguintes categorias: 0 – sem problemas, 1 – com problemas internalizantes, 1 – com problemas externalizantes, e 2 – com problemas internalizantes e externalizantes.

## Variáveis Predictoras

### A. Depressão Materna

A variável depressão materna dividiu os grupos, sendo considerada em dois níveis, definidos pela exposição à depressão materna (Grupo Depressão) e pela ausência de exposição à depressão materna (Grupo Comparação). Dessa forma, foi alvo tanto das comparações entre os grupos quanto das análises de predição.

Em relação às variáveis clínicas da depressão materna, a SCID permitiu além da confirmação diagnóstica, a caracterização do perfil clínico das mães do Grupo Depressão por meio de informações obtidas na Revisão Geral. Tais informações foram codificadas quanto à gravidade dos episódios depressivos (moderados ou graves, com ou sem sintomas psicóticos), número de recorrências desses episódios (dois episódios bem definidos, três episódios bem definidos ou mais de três), número de internações e de tentativas de suicídio, uso atual de antidepressivo, percepção materna referente a sua condição atual de saúde mental (positiva ou com prejuízos e recaída) e a idade em que a criança foi exposta à depressão materna pela primeira vez (definida como: periparto, quando a primeira exposição ocorreu no período da gestação e/ou até quatro semanas do pós-parto; precoce, quando ocorreu entre um mês e três anos de idade; ou tardia, quando ocorreu após três anos de idade).

Qualquer episódio referido pela mãe, com a sintomatologia característica da depressão, segundo os critérios da CID-10, independente da gravidade, foi considerado como ocorrência. Para a condição de recorrência, considerou-se a referência de pelo menos dois episódios moderados ou graves, sendo pelo menos um deles, nos últimos dois anos.

A codificação do perfil clínico das mães com depressão recorrente possibilitou também a codificação da depressão materna enquanto uma variável contínua. Para tal, foram selecionados sete indicadores de gravidade da depressão, a saber: último episódio moderado ou grave, presença ou ausência de sintomas psicóticos, ideia suicida, tentativa de suicídio, internações psiquiátricas, número de recorrência dos episódios, e percepção materna quanto a sua condição atual. Foram atribuídas pontuações a cada indicador, que variaram de *zero a dois*, conforme os critérios descritos no APÊNDICE B. A somatória das pontuações nesses indicadores resultou em um escore máximo de oito pontos.

Para o presente estudo ( $n = 50$ ), a análise de confiabilidade para os sete itens selecionados e considerados para gravidade da depressão materna foi calculada por meio do *alfa* de *Cronbach*, com resultado ( $\alpha = 0,59$ ).

## B. Estressores Cumulativos

Como reconhecido pela literatura, no cenário familiar de convivência com a depressão materna operam múltiplos riscos relativos a um amplo conjunto de estressores, que individualmente ou em conjunto, tem um feito cumulativo para os defechos negativos na infância.

Neste sentido, o presente estudo propôs-se a avaliar estressores cumulativos presentes nesse cenário, os quais foram definidos em quatro categorias, a saber: (a) contexto geral, principalmente relativos às baixas condições socioeconômicas (oito itens), (b) contexto familiar, incluindo indicadores referentes a problemas de saúde dos familiares, perdas, envolvimento com a lei e abuso de substância psicoativas (12 itens), (c) situações relativas às crianças, quanto a problemas de saúde, dificuldades no desempenho e nas interações no contexto escolar (cinco itens), e (d) interações familiares, relacionadas a conflitos, violência contra os filhos e ausência paterna no cotidiano da família (seis itens).

Abarcou-se, assim, um total de 31 itens avaliados por meio de informações advindas de alguns itens ou questões de diferentes instrumentos (Questionário Geral, EEA, EAC, Entrevista com Roteiro Semiestruturado e TDE). Os itens que compuseram as categorias da variável estressores cumulativos estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorias, itens e fontes de informações/instrumentos dos estressores cumulativos

<b>ESTRESSORES CUMULATIVOS</b>	
<b>CATEGORIAS/ ITENS</b>	<b>FONTES DE INFORMAÇÕES/ INSTRUMENTOS</b>
<b>Contexto geral</b>	
(1) Renda materna suficiente para família	Entrevista
(2) Renda paterna suficiente para família	Entrevista
(3) Renda total suficiente para família	Entrevista
(4) Classificação socioeconômica	Questionário Geral
(5) Escolaridade da mãe	Questionário Geral
(6) Desemprego/ perda de emprego pelo pai e/ou pela mãe	EEA
(7) Mudança de cidade	EEA
(8) Mudança de escola	EEA

Continua

Continuação

<b>ESTRESSORES CUMULATIVOS</b>	
<b>CATEGORIAS/ ITENS</b>	<b>FONTES DE INFORMAÇÕES/ INSTRUMENTOS</b>
<b>Contexto familiar</b>	
(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
<b>Situações relacionadas às crianças</b>	
(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
<b>Interações familiares</b>	
(1) Organização familiar não tradicional	Questionário Geral
(2) Conflitos familiares recorrentes ou crônicos	EAC
(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

Conclusão.

Fonte: Silva (2014).

As respostas aos itens das quatro categorias da variável estressores cumulativos foram pontuadas como zero, um ou dois, considerando-se a ausência ou a presença do estressor no

contexto familiar, desde o nascimento da criança avaliada, e a gravidade ou cronicidade do mesmo, conforme os critérios descritos detalhadamente no APÊNDICE C. O escore máximo possível foi de 62 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais condições de riscos referidos para o contexto familiar.

Estabeleceu-se um escore total ponderado para cada categoria, obtido mediante a somatória de pontos em cada item dividida pelo número total de itens que a compuseram, bem como um escore total ponderado para a variável estressores cumulativos, obtido pela somatória da pontuação em todas as categorias dividida pelo total de itens. Para melhor visualização dos resultados, os escores ponderados ainda foram multiplicados por cem.

Quanto à concordância de codificação dos estressores cumulativos, a avaliação foi realizada de forma independente por dois pesquisadores para 30% das respostas aos tópicos da Entrevista relativos a essa variável, atingindo por acordo simples o valor de 80%. Frente a divergências de codificação, discutiu-se conjuntamente com um terceiro pesquisador, estabelecendo-se um consenso.

Para o presente estudo ( $n = 100$ ), a análise de confiabilidade para os 31 itens selecionados e considerados para o total de estressores cumulativos, utilizando o *alfa* de *Cronbach*, mostrou resultado aceitável ( $\alpha = 0,65$ ).

### C. Recursos de Parentalidade

A variável recursos de parentalidade referiu-se à percepção materna quanto as atividades parentais desempenhadas na educação dos filhos, ou seja, a forma como as crianças são cuidadas para garantir o seu desenvolvimento, seguindo a sistematização apresentada no artigo de Barroso e Machado (2010).

Os recursos de parentalidade foram caracterizados a partir da definição de quatro categorias: cuidados maternos (10 itens), cuidados paternos (quatro itens), estabelecimento de regras (dois itens) e apoio social (três itens), totalizando 19 itens avaliados mediante informações provenientes do RAF e da Entrevista com Roteiro Semiestruturado. Desses 19 itens, 11 correspondem a dimensão de atividade parental (oito de cuidado e três de controle e disciplina), cinco a dimensão de pré-requisitos (dois de conhecimento e compreensão, dois de motivação para socialização e um de oportunidades), e três relativos ao determinante contexto social alargado (redes de suporte social). Tais categorias e os itens correspondentes, bem

como as dimensões, determinate e os instrumentos fonte das informações estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorias, itens, dimensões/determinante e fontes de informações/instrumentos dos recursos de parentalidade

<b>RECURSOS DE PARENTALIDADE</b>		
<b>CATEGORIAS/ ITENS</b>	<b>DIMENSÕES/DETERMINANTE</b>	<b>FONTES DE INFORMAÇÕES/ INSTRUMENTOS</b>
<b>Cuidados maternos</b>		
(1) Avaliação dos cuidados com o filho nos últimos 12 meses	Atividade parental (cuidado)	Entrevista
(2) Pessoa que permanece a maior parte do tempo com o filho	Atividade parental (cuidado)	Entrevista
(3) Frequência e regularidade de rotinas para o filho	Atividade parental (cuidado)	Entrevista
(4) Tipos de rotinas para o filho	Atividade parental (cuidado)	Entrevista
(5) Planejamento das atividades	Atividade parental (cuidado)	Entrevista
(6) Divisão do tempo entre o trabalho (em casa e fora de casa) e às necessidades familiares	Pré-requisitos (oportunidades)	Entrevista
(7) Compromissos com a família	Pré-requisitos (motivação)	Entrevista
(8) Manutenção das atividades com o filho frente a dificuldades	Pré-requisitos (motivação)	Entrevista
(9) Percepção da necessidade de ajuda por parte do filho	Pré-requisitos (conhecimento e compreensão)	Entrevista
(10) Percepção de condições importantes que favorecem o cuidado e o desenvolvimento do filho	Pré-requisitos (conhecimento e compreensão)	Entrevista
<b>Cuidados paternos</b>		
(1) Participação paterna na supervisão da criança	Atividade parental (controle e disciplina)	Entrevista
(2) Participação paterna em atividades com o filho	Atividade parental (cuidado)	RAF
(3) Atividades que o pai desenvolve junto com o filho em casa	Atividade parental (cuidado)	RAF
(4) Acompanhamento dos afazeres da escola pelo pai	Atividade parental (cuidado)	RAF

Continua

Continuação

<b>RECURSOS DE PARENTALIDADE</b>		
<b>CATEGORIAS/ ITENS</b>	<b>DIMENSÕES/DETERMINANTE</b>	<b>FONTES DE INFORMAÇÕES/ INSTRUMENTOS</b>
<b>Estabelecimento de regras</b>		
(1) Definição de regras para o filho	Atividade parental (controle e disciplina)	Entrevista
(2) Reação da mãe quando o filho não obedece	Atividade parental (controle e disciplina)	Entrevista
<b>Apoio social</b>		
(1) Pessoas a quem a mãe recorre quando precisa de ajuda ou opinião em situações relacionadas ao filho	Determinante (fatores do contexto social – rede de suporte)	Entrevista
(2) Percepção da renda familiar e da necessidade de ajuda econômica	Determinante (fatores do contexto social – rede de suporte)	Entrevista
(3) Conhecimento, uso e satisfação quanto aos serviços Educacionais, Religiosos, Saúde, Esporte e Lazer, Assistência Social e Comunitária	Determinante (fatores do contexto social – rede de suporte)	Entrevista

Conclusão.

Em relação aos recursos de parentalidade, cada resposta foi codificada em três subitens, exceto o item 1 da categoria cuidados paternos, que foi composta por dois subitens. Para cada subitem, foram atribuídas a pontuação zero – quando da ausência do recurso referido ou um – quando da presença desse recurso. Dessa forma, cada item dessa variável foi computado entre zero e três pontos, exceto o item 1 da categoria cuidados paternos (zero a dois pontos), com escore máximo de 56 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais indicadores de recursos relativos aos cuidados referidos para família. Os subitens e critérios adotados para pontuação dos recursos de parentalidade estão descritos detalhadamente no APÊNDICE D.

De modo a assegurar o controle metodológico, procedeu-se a verificação da concordância de codificação entre dois avaliadores independentes para 30% das respostas aos tópicos da Entrevista relativos aos recursos de parentalidade. Quando de desacordo, realizou-se uma discussão conjunta com um terceiro pesquisador, visando estabelecer um consenso, o qual foi considerado para a codificação da resposta. Por acordo simples entre avaliadores, obteve-se a concordância de 87%.

Para o presente estudo ( $n = 100$ ), a análise de confiabilidade para os 19 itens selecionados e considerados para o total de recursos de parentalidade foi realizada por meio do *alfa* de *Cronbach*, com resultado aceitável ( $\alpha = 0,72$ ).

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

### **Análise estatística**

Realizou-se o teste de normalidade Komolgorov-Smirnov para a tomada de decisão sobre os testes estatísticos que foram utilizados. Após a escolha dos testes estatísticos apropriados, os dados foram submetidos à análise estatística por meio do software *IBM SPSS Statistic*, versão 24 para Windows (v. 24, IBM SPSS, Chicago, IL).

A análise descritiva, em termos de frequência e porcentagem, foi realizada para o perfil sociodemográfico dos grupos referentes às características das mães, crianças e famílias, bem como para o perfil clínico das mães do Grupo Depressão.

Posteriormente, procedeu-se às comparações entre os grupos (Depressão x Comparação) quanto as seguintes variáveis: (a) perfil sociodemográfico, (b) indicadores comportamentais das crianças (SDQ); (c) condições de risco – eventos adversos (EEA), adversidades crônicas (EAC) e estressores cumulativos (múltiplos indicadores); e (c) condições de proteção – recursos do ambiente familiar (RAF) e recursos de parentalidade (múltiplos indicadores). As comparações das variáveis categóricas (perfil sociodemográfico e indicadores comportamentais das crianças) foram realizadas por meio do Teste do Qui-Quadrado ou do Teste Exato de Fisher. Para as comparações das variáveis contínuas, foi utilizado o Teste *t* de Student.

De forma a complementar os testes de significância estatística relativos às comparações, foi realizado o cálculo do *d* de Cohen para estimar o tamanho do efeito observado. Os valores obtidos nesse cálculo foram interpretados a partir dos cortes descritos em 1988 por Cohen, a saber:  $d = 0,20$  a  $0,30$  – efeito “pequeno”,  $d = 0,40$  a  $0,70$  – efeito “intermediário” e  $d \geq 0,80$  – efeito “grande” (Conboy, 2003).

Realizou-se ainda a análise de regressão logística bivariada para testar a influência das variáveis sociodemográficas, que diferenciaram os grupos com relação aos indicadores comportamentais das crianças, para o comportamento das mesmas, independente da convivência com a depressão materna. A quantificação das associações foi mensurada por

meio de modelos de regressão logística (Hosmer & 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 as variáveis, a saber: depressão materna (codificada), os indicadores comportamentais das crianças (total de dificuldade e escores em cada escala do SDQ), problemas internalizantes, problemas externalizantes, eventos adversos, adversidades crônicas, estressores cumulativos, recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade. A força das correlações foi classificada em: fracas (0 - 0,25), moderadas (0,26 - 0,50), fortes (0,51 - 0,70) ou muito fortes (> 0,70), de acordo com os valores apontados por Maroco (2014).

A análise de regressão linear foi usada para verificar o efeito preditivo da depressão materna, dos estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade (variáveis preditoras) para os problemas comportamentais dos escolares (variável de desfecho). Foram testados dois modelos, a saber: Modelo 1 – regressão linear simples e Modelo 2 – regressão linear múltipla.

No Modelo 1, incluiu-se individualmente a depressão materna, os estressores cumulativos ou os recursos de parentalidade como variável preditora e os problemas comportamentais dos escolares como variável de desfecho. Para o Modelo 2, foram inclusas concomitantemente as três variáveis preditoras (depressão materna, estressores cumulativos e recursos de parentalidade), sendo testado o efeito preditivo dessas variáveis independentes para os problemas comportamentais dos escolares (variáveis de desfecho), a saber: Total Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com Colegas. A escolha dessas variáveis foi norteada pelas análises prévias de correlação com significância estatística para os desfechos de problemas comportamentais das crianças, quanto às variáveis principais: depressão materna, estressores cumulativos e recursos de parentalidade.

Após a definição das variáveis preditoras a serem incluídas no Modelo 2, verificou-se a multicolinearidade entre as mesmas, por meio do cálculo do Fator de Inflação da Variância (VIF). Tal fator refere-se ao grau que cada variável explicativa do modelo é explicada pelas demais variáveis independentes, sendo que quanto maior é o valor do VIF, maior a colinearidade observada (Hair et al. 2005).

As análises de regressão linear seguiram o método Inserir, sendo testados 15 modelos de predição do tipo 1 e cinco modelos de predição do tipo 2, para os desfechos: total de dificuldades, sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com colegas.

A regressão logística multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade de cada um dos tipos de desfechos comportamentais, sendo no Modelo 1 (0 – sem problemas; 1 – com problemas internalizantes e 2 – com problemas internalizantes e externalizantes) e Modelo 2 (0 – sem problemas; 1 – com problemas internalizantes e 2 – com problemas internalizantes e externalizantes). A probabilidade desses desfechos em ambos os modelos foi estimada a partir da depressão materna, do total estressores cumulativos e do total recursos de parentalidade. Os modelos multinomiais foram ajustados conforme proposto por Maroco (2014).

Para verificar a possível efeito mediador da variável recursos de parentalidade na relação entre depressão materna e problemas comportamentais infantins, foram seguidos os critérios propostos por Baron e Kenny (1986). Tais autores propuseram um teste de mediação em quatro etapas, com a realização de várias análises de regressão e a verificação dos valores dos coeficientes em cada etapa.

Segundo Baron e Kenny (1986), a variável mediadora atua como interveniente entre duas variáveis numa relação, recebendo influência da variável independente e, conseqüentemente, influencia a variável dependente. Neste sentido, a mediação ocorre quando a relação entre uma variável independente e uma variável dependente é mediada por uma terceira variável (mediadora), a qual transporta o efeito da variável independente sobre a variável dependente (Maroco, 2014).

A Figura 3 representa o modelo de mediação proposto por Baron e Kenny (1986), no qual são identificadas as variáveis, sendo X a variável independente, M a variável mediadora, Y a variável dependente (desfecho) e os três caminhos (a, b e c) das regressões simples realizadas.

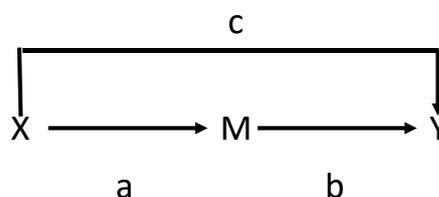


Figura 3. Modelo de mediação proposto por Baron e Kenny (1986)

Na primeira etapa, procedeu-se a regressão linear simples com a variável independente X (gravidade da depressão materna) testada como preditora do desfecho Y (Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Colegas). A segunda etapa foi realizada com uma regressão linear simples, na qual a variável independente X (gravidade da depressão materna) foi testada como preditora da variável mediadora M (total recursos de parentalidade), com a

finalidade de obter o coeficiente “a”. Na terceira etapa, realizou-se novamente uma regressão linear simples, em que a variável mediadora M (total recursos de parentalidade) foi testada como preditora do desfecho Y (Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Colegas) para verificar a significância deste caminho. Por fim, a última etapa consistiu em uma regressão linear múltipla, na qual as variáveis X (gravidade da depressão materna) e M (total recursos de parentalidade) foram testadas em conjunto como predictoras do desfecho Y (Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Colegas) para obtenção dos coeficientes “b” e “c”.

Para afirmar-se que uma variável é mediadora, Baron e Kenny (1986) descreveram a necessidade de três condições, a saber: a variável mediadora deve ser preditora significativa da variável dependente; a variável independente deve ser preditora significativa da variável mediadora; e, na presença das variáveis independente e mediadora, a relação significativa que existia entre a variável independente e a dependente decresce em magnitude, ou seja, o valor de Beta diminui.

Ademais, seguindo as recomendações de Baron e Kenny (1986), procedeu-se à execução do teste Sobel, o qual foi realizado em uma plataforma eletrônica (<http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>).

Para avaliação dos indicadores de validade discriminativa (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo) dos estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade para o desfecho problemas comportamentais das crianças, utilizou-se a curva ROC (*Received Operating Characteristic*).

No presente estudo, adotou-se o nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) para todas as análises.

## **4 RESULTADOS**

---

De modo a atender os objetivos do estudo, os resultados serão apresentados em quatro tópicos, a saber: 1) perfil sociodemográfico e clínico da amostra; 2) comparações entre os grupos; 3) correlações entre as variáveis; 4) análises de regressão – linear e logística multinomial; 5) análises de mediação; e 6) análise da Curva ROC (validade discriminativa).

Primeiramente, 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 mães do Grupo Depressão.

No segundo tópico, apresentar-se-á as comparações entre os grupos quanto aos seguintes indicadores: (a) comportamentais das crianças (SDQ); (b) condições de risco – eventos adversos (EEA), adversidades crônicas (EAC) e estressores cumulativos (múltiplos indicadores); e (c) condições de proteção – recursos do ambiente familiar (RAF) e recursos de parentalidade (múltiplos indicadores).

As correlações entre os indicadores relativos a gravidade da depressão materna (características clínicas), ao comportamento das crianças, às condições de risco e às condições de proteção serão apresentadas no terceiro tópico.

No quarto tópico, serão apresentados os dados referentes aos modelos de predição testados para os desfechos comportamentais das crianças.

O quinto tópico descreverá os resultados dos modelos de mediação testados, tendo como mediador os recursos de parentalidade para associação entre depressão maternal e problemas comportamentais dos escolares.

Por fim, no sexto tópico, serão expostos os indicadores da validade discriminativa dos estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade para presença de dificuldades comportamentais, obtidos por meio da curva ROC.

#### **4.1 Perfil sociodemográfico e clínico da amostra**

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das crianças, das mães e das famílias incluídas no estudo, especificando-se as comparações entre o Grupo Depressão e o Grupo Comparação.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e comparações entre as variáveis referentes a características das crianças, das mães e das famílias para os grupos Depressão (n = 50) e Comparação (n = 50)

	Grupos		Total (n = 100)	OR Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Depressão (n = 50)	Comparação (n = 50)				
	f (%)	f (%)	f (%)			
<b>Crianças</b>						
<b>Idade</b>						
7 a 9 anos	24 (48,00)	26 (52,00)	50 (50,00)	1,000	Referência	0,841
10 a 12 anos	26 (52,00)	24 (48,00)	50 (50,00)	1,174	(0,535 ; 2,572)	
<b>Sexo</b>						
Masculino	24 (48,00)	26 (52,00)	50 (50,00)	1,000	Referência	0,841
Feminino	26 (52,00)	24 (48,00)	50 (50,00)	1,174	(0,535 ; 2,572)	
<b>Escolaridade</b>						
1° ao 5° ano	29 (58,00)	32 (64,00)	61 (61,00)	1,000	Referência	0,682
6° ao 8° ano	21 (42,00)	18 (36,00)	39 (39,00)	1,287	(0,575 ; 2,881)	
<b>Mães</b>						
<b>Idade</b>						
25 a 35 anos	23 (46,00)	26 (52,00)	49 (49,00)	1,000	Referência	0,689
36 a 45 anos	27 (54,00)	24 (48,00)	51 (51,00)	1,271	(0,580 ; 2,789)	
<b>Escolaridade</b>						
≤ 8 anos	31 (62,00)	13 (26,00)	44 (44,00)	4,644	(1,981 ; 10,883)	<b>0,001</b>
>8 anos	19 (38,00)	37 (74,00)	56 (56,00)	1,000	Referência	
<b>Estado Civil</b>						
Sem companheiro	33 (66,00)	3 (6,00)	36 (36,00)	30,410	(8,242 ; 112,209)	<b>&lt; 0,001</b>
Com companheiro	17 (34,00)	47 (94,00)	64 (64,00)	1,000	Referência	
<b>Ocupação</b>						
Assalariado	27 (54,00)	36 (72,00)	63 (63,00)	1,000	Referência	0,098
Benefício + Sem trabalho	23 (46,00)	14 (28,00)	37 (37,00)	2,190	(0,954 ; 5,028)	
<b>Número de Filhos</b>						
1 a 3 filhos	40 (80,0)	47 (94,0)	87 (87,00)	1,000	Referência	0,074
4 a 5 filhos	10 (20,0)	3 (6,0)	13 (13,00)	3,917	(1,008 ; 15,220)	
<b>Famílias</b>						
<b>Classe Socioeconômica**</b>						
A e B	19 (38,00)	39 (78,00)	58 (58,00)	1,000	Referência	<b>&lt; 0,001</b>
C e D	31 (62,00)	11 (22,00)	42 (42,00)	5,785	(2,400 ; 13,942)	
<b>Renda Mensal***</b>						
<3 salários mínimos	26 (52,00)	14 (28,00)	40 (40,00)	3,156	(1,369 ; 7,276)	<b>0,019</b>
≥ 3 salários mínimos	23 (46,00)	36 (72,00)	59 (59,00)	1,000	Referência	

Nota. f = frequência; % = Porcentagem; \*p-valor referente ao teste Qui-Quadrado /  $p \leq 0,05$ ; OR = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança; \*\*Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP; \*\*\* Calculada em salário mínimo, vigente à época da entrevista.

Participaram do estudo 100 crianças, de ambos os sexos, com média de idade 9,9 anos (variação de sete anos e três meses a 12 anos e nove meses; DP = 1,68), as quais foram distribuídas homoganeamente entre as faixas etárias e gênero para ambos os grupos. Quanto à escolaridade, todas as crianças frequentavam o Ensino Fundamental, sendo que a maioria (61%) estava nos anos iniciais (1º ao 5º ano), com distribuição semelhante para ambos os grupos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis sociodemográficas das crianças, o que evidencia distribuição equilibrada entre os grupos, conforme os critérios de inclusão do estudo.

As mães que compuseram a amostram tinham idade média de 36,3 anos (variação entre 25 e 45 anos, DP = 5,04). Verificou-se uma distribuição homogênea, sendo a média de idade das mães do Grupo Depressão de 36,6 anos (DP = 5,16) e a do Grupo Comparação de 35,9 anos (DP = 4,94), sem diferença estatisticamente significativa. Em relação à ocupação, notou-se o predomínio de mães que referiram exercer alguma atividade profissional remunerada em ambos os grupos (Depressão – 54% e Comparação – 72%), sem diferença estatisticamente significativa. A maioria (87%) mães tinha de um a três filhos, variando de um a cinco filhos, e embora 20% das mães do Grupo Depressão e 6% do Grupo Comparação terem quatro a cinco filhos, não se detectou diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Para as demais variáveis sociodemográficas maternas, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Depressão e Comparação. A maioria das mães (56%) referiram ter mais de oito anos de estudo, sendo que 62% das mães do Grupo Depressão tinham até oito anos de estudo e 74% das mães do Grupo Comparação mais de oito anos. Em relação ao estado civil, 66% das mães do Grupo Depressão afirmaram estar sem companheiro (solteiras, separadas, desquitadas ou viúvas), sendo cuidadoras exclusivas de suas famílias e 94% das mães do Grupo Comparação referiram ter um companheiro (casadas ou em união consensual), vivendo em famílias biparentais.

Quanto às características sociodemográficas das famílias, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos. No que se refere à classificação socioeconômica, verificou-se que a maioria das famílias (58%) foram classificadas como pertencentes as classes A e B (Grupo Depressão – 38% e Grupo Comparação – 78%). Identificou-se o predomínio de famílias (59%) com renda mensal maior ou igual a três salários mínimos, correspondendo a 46% das famílias do Grupo Depressão e 72% das do Grupo Comparação.

Portanto, as comparações entre os grupos com relação às variáveis sociodemográficas, evidenciou diferenças 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 do Grupo Depressão, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), tendo por base a avaliação diagnóstica da SCID I. As mães do Grupo Comparação, pelo critério de inclusão do estudo, não apresentaram indicadores diagnósticos.

Tabela 2 – Perfil clínico das mães do Grupo Depressão (n = 50) em relação à gravidade, à recorrência, ao tratamento da depressão, à percepção materna da condição atual e ao período inicial de exposição da criança a esse transtorno

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>f (%)</b>
<b>Diagnóstico*</b>	
Episódio Moderado	38 (76,00)
Episódio Grave sem Sintomas Psicóticos	05 (10,00)
Episódio Grave com Sintomas Psicóticos	07 (14,00)
<b>Internações</b>	
Ausentes	43 (86,00)
Presentes	07 (14,00)
<b>Tentativas de suicídio</b>	
Ausentes	41 (82,00)
Presentes	09 (18,00)
<b>Recorrências</b>	
2 episódios	16 (32,00)
3 episódios	07 (14,00)
Mais de 3 episódios	27 (54,00)
<b>Uso atual – antidepressivo</b>	
Presente	39 (78,00)
Ausente	11 (23,00)
<b>Percepção da condição atual</b>	
Positiva	16 (32,00)
Prejuízos ou recaídas	34 (68,00)
<b>Idade de exposição da criança à depressão</b>	
Periparto (gestação e/ou quatro semanas pós-parto)	5 (10,00)
Precoce (um mês a três anos)	18 (36,00)
Tardia (após três anos)	27 (54,00)

Nota. f = frequência; % = Porcentagem; \*Classificação diagnóstica da depressão, segundo a CID-10.

Verificou-se que todas as mães do Grupo Depressão, conforme o critério de inclusão do estudo, foram diagnosticadas com Transtorno Depressivo Recorrente, sendo que para a maioria (76%) o episódio depressivo de maior gravidade foi classificado como moderado e 24% apresentaram episódio grave (7% com sintomas psicóticos e 5% sem sintomas psicóticos). Sete mães (14%) tiveram pelo menos uma internação psiquiátrica decorrente da sintomatologia depressiva e nove mães (18%) referiram pelo menos uma tentativa de suicídio nos anos antecedentes a coleta de dados.

Quanto à recorrência dos episódios depressivos, observou-se que 54% das mães apresentaram mais de três episódios e que as demais mães apresentaram dois (32%) ou três (14%) episódios, após o nascimento da criança avaliada.

A maioria das mães do Grupo Depressão (78%) afirmou estar usando antidepressivo no momento da coleta, associado ou não ao uso de outras medicações psiquiátricas. Ademais, em relação a autopercepção de sua condição atual, 68% das mães desse grupo relataram prejuízos ou recaídas e 32% a avaliaram como positiva.

A análise do período de exposição da criança avaliada à depressão materna, mostrou que 54% das crianças foram expostas pela primeira vez após três anos de idade, 46% entre a gestação e os três anos de idade.

## **4.2 Comparações entre os grupos**

As comparações entre Grupo Depressão e Grupo Comparação serão divididas em três subtópicos, a saber: (1) indicadores comportamentais das crianças; (2) condições de risco – eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos; e (3) condições de proteção – recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade.

### **4.2.1 Indicadores comportamentais das crianças**

As comparações entre os grupos em relação ao Escore Total de Dificuldades e às escalas do SDQ, considerando a média e desvio padrão, estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparações entre os grupos (Depressão e Comparação) quanto ao comportamento das crianças (SDQ – Escore Total de Dificuldades e escores das escalas) (n = 100)

SDQ	Grupos		Teste	p-valor*
	Depressão (n = 50)	Comparação (n = 50)		
	Média (DP)	Média (DP)		
<b>Total de Dificuldades</b>	15,12 (6,92)	9,08 (6,64)	4,45	< <b>0,001</b>
<b>Sintomas Emocionais</b>	5,20 (2,60)	2,80 (2,30)	4,88	< <b>0,001</b>
<b>Problemas de Conduta</b>	2,54 (2,26)	1,82 (1,90)	1,72	0,088
<b>Hiperatividade</b>	4,74 (3,20)	3,22 (3,16)	2,39	<b>0,019</b>
<b>Relacionamento com Colegas</b>	2,62 (1,82)	1,24 (1,57)	4,06	< <b>0,001</b>
<b>Comportamento Pró-Social</b>	8,50 (1,61)	9,10 (1,45)	-1,96	0,053

Nota. \*p-valor referente ao Teste *t* de Student /  $p \leq 0,05$ ; DP = Desvio Padrão.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto aos indicadores comportamentais das crianças, avaliados por meio do SDQ, para o Total de Dificuldades (*d* de Cohen = -0,891; IC 95% = -1,302 – -0,480) e as seguintes escalas: Sintomas Emocionais (*d* de Cohen = -0,978; IC 95% = -1,393 – -0,563), Hiperatividade (*d* de Cohen = -0,478; IC 95% = -0,876 – -0,080) e Problemas de Relacionamento com Colegas (*d* de Cohen = -0,812; IC 95% = -1,220 – -0,404). O tamanho do efeito foi classificado como grande para o Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas, e como médio para Hiperatividade, o que confere relevância para as diferenças significativas observadas entre os grupos.

Notou-se que a média dos escores do Grupo Depressão foram maiores que os do Grupo Comparação em relação ao Total de Dificuldades e às quatro escalas relativas às dificuldades (Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com Colegas). Para escala Comportamento Pró-Social relativa à capacidade, identificou-se que a média do Grupo Depressão foi menor que a do Grupo Comparação, com tendência a diferença estatisticamente 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 mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Comparações entre os grupos (Depressão e Comparação) 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 (n = 100)	OR Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Depressão (n = 50)	Comparação (n = 50)				
	f (%)	f (%)	f (%)			
<b>Total de Dificuldades</b>						
Sem Dificuldade	29 (58,00)	41 (82,00)	70 (70,00)	1,000	Referência	<b>0,015</b>
Com Dificuldade	21 (42,00)	9 (18,00)	30 (30,00)	3,299	(1,322 ; 8,231)	
<b>Sintomas Emocionais</b>						
Sem Dificuldade	16 (32,00)	38 (76,00)	54 (54,00)	1,000	Referência	<b>&lt; 0,001</b>
Com Dificuldade	34 (68,00)	12 (24,00)	46 (46,00)	6,729	(2,791 ; 16,222)	
<b>Problemas de Conduta</b>						
Sem Dificuldade	36 (72,00)	42 (84,00)	78 (78,00)	1,000	Referência	0,227
Com Dificuldade	14 (28,00)	8 (16,00)	22 (22,00)	2,042	(0,769 ; 5,419)	
<b>Hiperatividade</b>						
Sem Dificuldade	35 (70,00)	43 (86,00)	78 (78,00)	1,000	Referência	0,089
Com Dificuldade	15 (30,00)	7 (14,00)	22 (22,00)	2,632	(0,966 ; 7,169)	
<b>Relacionamento com Colegas</b>						
Sem Dificuldade	35 (70,00)	47 (94,00)	82 (82,00)	1,000	Referência	<b>0,003</b>
Com Dificuldade	15 (30,00)	3 (6,00)	18 (18,00)	6,713	(1,803 ; 24,993)	
<b>Comportamento Pró-Social</b>						
Sem Dificuldade	50 (50,00)	50 (50,00)	100 (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 com 95% de confiança.

Foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para o Total de Dificuldades e em duas das escalas referentes às dificuldades: Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas. As crianças do Grupo Depressão apresentaram

6,7 vezes mais chances de terem sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os colegas em comparação as crianças do Grupo Comparação.

A maioria das crianças (70%) não apresentou dificuldades comportamentais, sendo classificadas como Sem Dificuldade quanto ao Escore Total de Dificuldades do SDQ, sendo que no Grupo Comparação a maioria das crianças foi incluída nessa categoria e no Grupo Depressão mais da metade das crianças. Quanto a escala Comportamento Pró-Social, todas as crianças de ambos os grupos foram classificadas como Sem Dificuldade.

A Tabela 5 apresenta as comparações entre os grupos quanto aos indicadores comportamentais das crianças, considerando-se a caracterização em comportamentos Internalizantes e Externalizantes.

Tabela 5 – Caracterização e comparação do perfil comportamental das crianças do Grupo Depressão (n = 50) e do Grupo Comparação (n = 50), tendo por referência a classificação dos escores das escalas do SDQ em comportamentos Internalizantes e Externalizantes

SDQ	Grupos			
	Depressão (n = 50)	Comparação (n = 50)	Teste	p-valor*
	Média (DP)	Média (DP)		
<b>Comportamentos Internalizantes</b>	7,82 (3,58)	4,04 (3,22)	5,54	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Comportamentos Externalizantes</b>	7,28 (5,01)	5,04 (4,31)	2,39	<b>0,019</b>

*Nota.* \*p-valor referente ao Teste *t* de Student /  $p \leq 0,05$ ; DP = Desvio Padrão; Comportamentos Internalizantes = soma dos escores nas escalas Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas; Comportamentos Externalizantes = soma dos escores nas escalas Problemas de Conduta e Hiperatividade.

As crianças do Grupo Depressão apresentaram maiores médias dos escores em relação as do Grupo Comparação tanto para os comportamentos Internalizantes ( $d$  de Cohen = -1,110; IC 95% = -1,531 – -0,689), quanto para os Externalizantes ( $d$  de Cohen = -0,479; IC 95% = -0,877 – -0,082), com diferença estatisticamente significativa. Para os comportamentos Internalizantes, o tamanho do efeito mostrou-se grande e para os Externalizantes, médio, o que coloca em destaque essas diferenças entre os grupos.

Considerando-se que foram identificadas diferenças significativas entre o Grupo Depressão e o Grupo Comparação quanto às variáveis sociodemográficas – escolaridade e estado civil da mães, classe socioeconômica e renda mensal das famílias, caracterizando menor escolaridade, mais mães sem companheiros e menos recursos econômicos para as

famílias do Grupo Depressão, procedeu-se a análise de regressão logística bivariada, visando verificar a influência de tais variáveis para o comportamento infantil, tendo por referência as classificações dos escores do SDQ, com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

A Tabela 6 apresentam tal análise, para a classificação do escore Total de dificuldades do SDQ, considerando as variáveis escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar.

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 Total de Dificuldades (Grupo Depressão – n = 50)

	<b>SDQ Total Dificuldades</b>			<b>OR Bruto</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>p-valor*</b>
	<b>Sem Dif.</b>	<b>Com Dif.</b>	<b>Total</b>			
	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>			
<b>Mãe</b>						
<b>Escolaridade</b>						
≤ 8 anos	16 (32,00)	15 (30,00)	31 (62,00)	2,031	(0,614 ; 6,721)	0,376
> 8 anos	13 (26,00)	6 (12,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	
<b>Estado Civil</b>						
Monoparental	20 (40,00)	13 (26,00)	33 (66,00)	1,368	(0,420 ; 4,455)	0,763
Biparental	9 (18,00)	8 (16,00)	17 (34,00)	1,000	Referência	
<b>Família</b>						
<b>Classe Socioeconômica</b>						
A e B	13 (26,00)	6 (12,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	0,376
C e D	16 (32,00)	15 (30,00)	31 (62,00)	2,031	(0,614 ; 6,721)	
<b>Renda Mensal</b>						
< 3 salários mínimos	13 (26,53)	14 (28,57)	27 (55,10)	2,307	(0,714 ; 7,453)	0,246
≥ 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 com 95% de confiança; 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 se identificou a presença de diferença estatisticamente significativa com relação a nenhuma dessas variáveis. Constatou-se, assim, que as crianças do Grupo Depressão, em comparação às crianças do Grupo Comparação,

apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais, independentemente das variáveis sociodemográficas testadas.

A Tabela 7 apresentam a análise de regressão logística bivariada, para classificação do escore na escala Sintomas Emocionais do SDQ, considerando as variáveis escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar.

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 Sintomas Emocionais (Grupo Depressão – n = 50)

	SDQ Sintomas Emocionais			OR Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Sem Dif.	Com Dif.	Total			
	f (%)	f (%)	f (%)			
<b>Mãe</b>						
<b>Escolaridade</b>						
≤ 8 anos	7 (14,00)	24 (48,00)	31 (62,00)	3,086	(0,899 ; 10,587)	0,117
> 8 anos	9 (18,00)	10 (20,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	
<b>Estado Civil</b>						
Monoparental	10 (20,00)	23 (46,00)	33 (46,00)	1,255	(0,363 ; 4,341)	0,757
Biparental	6 (12,00)	11 (22,00)	17 (34,00)	1,000	Referência	
<b>Família</b>						
<b>Classe Socioeconômica</b>						
A e B	7 (14,00)	12 (24,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	0,756
C e D	9 (18,00)	22 (44,00)	31 (62,00)	1,426	(0,424 ; 4,794)	
<b>Renda Mensal</b>						
< 3 salários mínimos	8 (16,33)	19 (38,78)	27 (55,10)	1,108	(0,327 ; 3,752)	1,000
≥ 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 com 95% de confiança; 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 se verificou a presença de diferenças estatisticamente significativas. Dessa forma, foi demonstrado que as crianças do Grupo Depressão, em comparação às crianças do Grupo Comparação, apresentaram mais indicadores de sintomas emocionais, independentemente das variáveis sociodemográficas testadas.

A Tabela 8 apresentam a análise de regressão logística bivariada, para classificação do escore na escala Problemas de Relacionamento com Colegas do SDQ, considerando as variáveis escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar.

Tabela 8 – 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 Problemas de Relacionamento com Colegas (Grupo Depressão – n = 50)

	SDQ Relacionamento com Colegas			OR Bruto	IC (95%)	p-valor*
	Sem Dif.	Com Dif.	Total			
	f (%)	f (%)	f (%)			
<b>Mãe</b>						
<b>Escolaridade</b>						
≤ 8 anos	19 (38,00)	12 (24,00)	31 (62,00)	3,368	(0,807 ; 14,065)	0,117
> 8 anos	16 (32,00)	3 (6,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	
<b>Estado Civil</b>						
Monoparental	24 (48,00)	9 (18,00)	33 (66,00)	1,455	(0,414 ; 5,105)	0,745
Biparental	11 (22,00)	6 (12,00)	17 (34,00)	1,000	Referência	
<b>Família</b>						
<b>Classe Socioeconômica</b>						
A e B	15 (30,00)	4 (8,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	0,351
C e D	20 (40,00)	11 (22,00)	31 (62,00)	2,062	(0,548 ; 7,766)	
<b>Renda Mensal</b>						
< 3 salários mínimos	16 (32,65)	11 (22,45)	27 (55,10)	3,094	(0,820 ; 11,672)	0,123
≥ 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 com 95% de confiança; Dif. = Dificuldade.

A análise de regressão logística bivariada, após os ajustes em relação ao escore na escala Problemas de Relacionamento com Colegas do SDQ por escolaridade e estado civil maternos, classe socioeconômica e renda mensal familiar, mostrou a ausência de diferenças estatisticamente significativas. Certificou-se, assim, que as crianças do Grupo Depressão, em comparação às crianças do Grupo Comparação, apresentaram mais indicadores de problemas de relacionamento com colegas, independentemente das variáveis sociodemográficas testadas.

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

A Tabela 9 apresenta as comparações entre os grupos quanto aos eventos adversos (EEA), às adversidades crônicas (EAC) e aos indicadores de estressores cumulativos.

Tabela 9 – Comparações entre os grupos (Depressão e Comparação) quanto aos eventos adversos (EEA), às adversidades crônicas (EAC) e aos estressores cumulativos (n = 100)

Variáveis	Grupos		Teste	p-valor*
	Depressão (n = 50)	Comparação (n = 50)		
	Média (DP)	Média (DP)		
<b>Escalas</b>				
<b>EEA</b>	14,08 (5,12)	8,36 (4,09)	6,16	< 0,001
<b>EAC</b>	3,92 (1,82)	2,22 (1,61)	4,96	< 0,001
<b>Estressores Cumulativos</b>				
<b>Total</b>	29,87 (8,51)	18,48 (8,38)	6,74	< 0,001
<b>Contexto geral</b>	38,62 (14,49)	28,87 (13,88)	3,43	0,001
<b>Contexto familiar</b>	19,08 (9,93)	12,67 (9,49)	3,30	0,001
<b>Situações crianças</b>	38,20 (17,69)	21,00 (15,81)	5,12	< 0,001
<b>Interações familiares</b>	32,83 (19,95)	14,17 (15,82)	5,18	< 0,001

Nota. \*p-valor referente ao Teste *t* de Student /  $p \leq 0,05$ ; DP = Desvio Padrão.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas escalas EEA ( $d$  de Cohen = -1,234; IC 95% = -1,662 – -0,807) e EAC ( $d$  de Cohen = -0,989; IC 95% = -1,405 – -0,574), relativas às condições de risco. O tamanho do efeito para essas duas escalas foi classificado como grande, demonstrando a relevância dessas diferenças entre os grupos. A média do Grupo Depressão foi maior que a do Grupo Comparação tanto para a presença de eventos adversos quanto para de adversidades crônicas.

Em relação aos estressores cumulativos, as comparações entre os grupos também mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para o total ( $d$  de Cohen

= -1,349; IC 95% = -1,783 – -0,914), bem como para as quatro categorias: contexto geral ( $d$  de Cohen = -0,687; IC 95% = -1,091 – -0,284), contexto familiar ( $d$  de Cohen = -0,660; IC 95% = -1,063 – -0,257), situações relacionadas às crianças ( $d$  de Cohen = -1,025; IC 95% = -1,442 – -0,608) e interações familiares ( $d$  de Cohen = -1,036; IC 95% = -1,454 – -0,619). O tamanho do efeito apresentou-se grande para o total de estressores cumulativos, as situações relacionadas às crianças e as interações familiares; e médio para o contexto geral e o contexto familiar, dando destaque para essas diferenças significativas entre os grupos. Foi observado que a média do Grupo Depressão foi maior que a do Grupo Comparação para o total, bem como para todas as categorias.

#### 4.2.3 Indicadores relativos às condições de proteção – Recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade

As comparações entre Grupo Depressão e Grupo Comparação, referentes aos recursos do ambiente familiar (RAF) e aos indicadores de recursos de parentalidade, estão apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 – Comparações entre os grupos (Depressão e Comparação) referente aos recursos do ambiente familiar (RAF) e aos recursos de parentalidade (n = 100)

Variáveis	Grupos		Teste	p-valor*
	Depressão (n = 50)	Comparação (n = 50)		
	Média (DP)	Média (DP)		
<b>Escala</b>				
<b>RAF</b>	57,76 (10,49)	62,12 (8,66)	-2,26	<b>0,026</b>
<b>Recursos de Parentalidade</b>				
<b>Total</b>	43,96 (9,80)	57,57 (10,84)	-6,57	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Cuidados Maternos</b>	43,93 (13,00)	60,80 (12,33)	-6,65	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Cuidados Paternos</b>	37,09 (23,79)	42,72 (24,45)	-1,16	0,246
<b>Estabelecimento de Regras</b>	41,99 (15,88)	55,66 (18,93)	-3,91	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Apoio Social</b>	53,77 (14,26)	66,22 (16,94)	-3,97	<b>&lt; 0,001</b>

Nota. \*p-valor referente ao Teste  $t$  de Student /  $p \leq 0,05$ ; DP = Desvio Padrão.

Nas comparações em relação aos recursos do ambiente familiar (RAF –  $d$  de Cohen = 0,453; IC 95% = 0,056 – 0,850), verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com tamanho do efeito classificado como médio, sendo a média do Grupo Depressão menor que a do Grupo Comparação.

As comparações entre os grupos quanto aos recursos de parentalidade mostraram diferenças estatisticamente significativas para o total ( $d$  de Cohen = 1,424; IC 95% = 0,985 – 1,863) e três das categorias: cuidados maternos ( $d$  de Cohen = 1,332; IC 95% = 0,898 – 1,765), estabelecimento de regras ( $d$  de Cohen = 0,782; IC 95% = 0,376 – 1,189) e apoio social ( $d$  de Cohen = 0,795; IC 95% = 0,388 – 1,202). O tamanho do efeito foi grande para o total recursos de parentalidade e cuidados maternos, e médio para o estabelecimento de regras e o apoio social, o que conferiu relevância a essas diferenças entre os grupos. Notou-se que as médias do Grupo Depressão foram menores que as do Grupo Comparação, para o total, bem como para todas categorias.

### 4.3 Correlações entre as variáveis

Na Tabela 11, são apresentadas as correlações entre a gravidade da depressão materna (características clínicas), os indicadores comportamentais (SDQ), os eventos adversos (EEA), as adversidades crônicas (EAC), os estressores cumulativos (múltiplos indicadores), os recursos do ambiente familiar (RAF) e recursos de parentalidade (múltiplos indicadores), considerando-se a amostra total de 100 díades.

Tabela 11 – Correlações entre gravidade da depressão materna, indicadores comportamentais (SDQ), eventos adversos (EEA), adversidades crônicas (EAC), estressores cumulativos, recursos do ambiente familiar (RAF) e recursos de parentalidade (n = 100)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1														
2	**													
3	0,383	**												
4	0,440	0,743	**											
5	0,202	0,746	0,337	**										
6	0,154	0,813	0,387	0,574	**									
7	0,387	0,625	0,436	0,347	**	0,266	**							
8	0,491	0,815	0,906	0,339	**	0,396	0,776	**						
9	0,194	0,881	0,441	0,831	**	0,334	0,445	**	**					
10	-0,130	-0,344	-0,162	-0,359	**	-0,162	-0,190	-0,372	**	*				
11	0,589	0,396	0,394	0,244	0,231	0,320	0,427	0,264	-0,206	**				
12	0,396	0,362	0,386	0,218	0,195	0,294	0,409	0,229	-0,176	0,594	**			
13	0,601	0,465	0,436	0,319	0,258	0,402	0,494	0,316	-0,213	0,822	0,705	**		
14	-0,230	-0,280	-0,267	-0,197	-0,184	-0,170	-0,267	-0,212	0,340	-0,355	-0,188	-0,385	**	**
	-0,566	-0,386	-0,352	-0,250	-0,301	-0,212	-0,346	-0,315	0,284	-0,489	-0,327	-0,538	0,553	**

Nota. p-valor referente ao Teste de Correlação de Pearson / \*p ≤ 0,05; \*\*p ≤ 0,01; 1 = Depressão Materna; 2 = Total de Dificuldades; 3 = Sintomas Emocionais; 4 = Problemas de Conduta; 5 = Hiperatividade; 6 = Problemas de Relacionamento com Colegas; 7 = Comportamentos Internalizantes; 8 = Comportamentos Externalizantes; 9 = Comportamento Pró-Social; 10 = Eventos Adversos; 11 = Adversidades Crônicas; 12 = Total Estressores Cumulativos; 13 = Recursos do Ambiente Familiar; 14 = Total Recursos de Parentalidade.

Verificou-se um total de 80 correlações significativas entre as variáveis do estudo, sendo classificadas como: muito fortes (11), fortes (oito), moderadas (50) e fracas (11); sendo que 25 se referiram a correlações entre as escalas do próprio SDQ, três entre os próprios indicadores dos estressores cumulativos e uma entre os dos recursos de parentalidade, as quais não serão destacadas. As demais correlações serão descritas a seguir, tendo como foco a depressão materna, os indicadores comportamentais, as condições de risco e as condições de proteção.

A variável gravidade da depressão materna apresentou correlação positiva significativa com os seguintes indicadores comportamentais: Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Relacionamento com Colegas e comportamentos Internalizantes (moderadas); e Problemas de Conduta (fraca). Ademais, demonstrou correlação significativa positiva com todas as condições de risco (fortes – eventos adversos e o total estressores cumulativos, e moderada – adversidades crônicas) e negativa com todas as condições de proteção (forte – total recursos de parentalidade e fraca – recursos do ambiente familiar).

Para os indicadores comportamentais (Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas, comportamentos Internalizantes e comportamentos Externalizantes), foram observadas 46 correlações significativas. Quanto as correlações entre os indicadores comportamentais e as condições de risco, verificou-se que a maioria foi positiva e classificada como moderada. O Total de Dificuldades, os Sintomas Emocionais, os Problemas de Relacionamento com Colegas e os comportamentos Internalizantes apresentaram correlações significativas positivas de força moderada com os eventos adversos, as adversidades crônicas e o total estressores cumulativos. Os Problemas de Conduta e a Hiperatividade apresentaram correlações significativas positivas com o total estressores cumulativos (moderadas) e os eventos adversos (fracas). O Comportamento Pró-Social teve correlação significativa com os eventos adversos e o total estressores cumulativos, sendo classificadas como negativas e fraca.

Com relação as condições de proteção, foram identificadas correlações significativas, sendo também a maioria de força moderada e negativas. Ambas as condições de proteção e o Total de Dificuldades (negativa), os Sintomas Emocionais (negativa), os comportamentos Internalizantes (negativa) e o Comportamento Pró-Social (positiva) correlacionaram-se de forma significativa e moderada. Os Problemas de Conduta e os comportamentos Externalizantes apresentaram correlações significativas negativas com o total recursos de parentalidade (moderadas) e com os recursos do ambiente familiar (fracas). A Hiperatividade

e os Problemas de Relacionamento com os Colegas correlacionaram-se significativamente com o total recursos de parentalidade, sendo negativa e a força moderada e fraca, respectivamente.

Testou-se ainda as correlações entre as condições de risco e de proteção, sendo observadas um total de cinco correlações significativas. Verificaram-se correlações significativas, negativas e moderadas entre: os eventos adversos e as condições de proteção (recursos do ambiente familiar e total recursos de parentalidade); as adversidades crônicas e o total recursos de parentalidade; o total estressores cumulativos e os recursos do ambiente familiar. Destaca-se que foi identificada correlação significativa, negativa e forte entre o total estressores cumulativos e o total recursos de parentalidade.

#### 4.4 Análises de Regressão

##### 4.4.1 Regressão Linear

A Tabela 12 apresenta os resultados das análises de regressão linear simples (Modelo 1) para cada um dos desfechos de problemas comportamentais do SDQ, tendo como variável preditora a gravidade da depressão materna (características clínicas).

Tabela 12 – Análises de regressão linear simples considerando a variável preditora gravidade da depressão materna para os desfechos de problemas comportamentais do SDQ (n = 100)

Variáveis Desfecho	Variável Preditora – Depressão Materna					R <sup>2</sup> ajustado
	B	β	t	p-valor*	IC (95%)	
<b>Total Dificuldades</b>	1,531	0,383	4,105	< <b>0,001</b>	0,791 – 2,271	0,138
<b>Sintomas Emocionais</b>	0,649	0,440	4,857	< <b>0,001</b>	0,384 – 0,914	0,186
<b>Problemas de Conduta</b>	0,230	0,202	2,040	<b>0,044</b>	0,006 – 0,454	0,031
<b>Hiperatividade</b>	0,271	0,154	1,545	0,126	-0,077 – 0,620	0,014
<b>Relacionamento Colegas</b>	0,382	0,387	4,153	< <b>0,001</b>	0,199 – 0,565	0,141

Nota. \*p-valor = p ≤ 0,05; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Verificou-se que a gravidade da depressão materna foi preditora de todos os desfechos de problemas comportamentais do SDQ, exceto da Hiperatividade. As análises de regressão linear simples indicaram que a gravidade da depressão materna teve maior poder preditivo para os Sintomas Emocionais, os Problemas de Relacionamento com Colegas e o Total de Dificuldades, explicando de 13% a 18% da variância dos escores nessas duas escalas e do escore total. De acordo com a ANOVA, quatro dos modelos de predição foram significativos, a saber: Total Dificuldade ( $F = 16,853$ ;  $p < 0,001$ ), Sintomas Emocionais ( $F = 23,586$ ;  $p < 0,001$ ), Problemas de Conduta ( $F = 4,160$ ;  $p = 0,044$ ) e Problemas de Relacionamento com Colegas ( $F = 17,250$ ;  $p < 0,001$ ). O modelo de predição para Hiperatividade não foi significativo ( $F = 2,387$ ;  $p = 0,126$ ).

Os resultados das análises de regressão linear simples (Modelo 1) com a variável preditora estressores cumulativos para cada um dos desfechos de problemas comportamentais do SDQ estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 – Análises de regressão linear simples considerando a variável preditora total estressores cumulativos para os desfechos de problemas comportamentais do SDQ ( $n = 100$ )

Variáveis Desfecho	Variável Preditora – Total Estressores Cumulativos					R <sup>2</sup> ajustado
	B	$\beta$	t	p-valor*	IC (95%)	
<b>Total Dificuldades</b>	0,338	0,465	5,200	< <b>0,001</b>	0,209 – 0,467	0,208
<b>Sintomas Emocionais</b>	0,117	0,436	4,790	< <b>0,001</b>	0,068 – 0,165	0,181
<b>Problemas de Conduta</b>	0,066	0,319	3,333	<b>0,001</b>	0,027 – 0,106	0,093
<b>Hiperatividade</b>	0,083	0,258	2,642	<b>0,010</b>	0,021 – 0,145	0,057
<b>Relacionamento Colegas</b>	0,072	0,402	4,341	< <b>0,001</b>	0,039 – 0,105	0,153

Nota. \*p-valor =  $p \leq 0,05$ ; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Foi detectado que os estressores cumulativos se mostraram preditores de todos os desfechos comportamentais do SDQ. As análises de regressão linear simples constataram que os estressores cumulativos apresentaram maior poder preditivo para os Sintomas Emocionais, os Problemas de Relacionamento com Colegas e o Total de Dificuldades, explicando de 20% a 15% da variância dos escores nessas duas escalas e do escore total. De acordo com a ANOVA, todos os modelos de predição foram significativos, a saber: Total Dificuldade ( $F = 27,038$ ;  $p < 0,001$ ), Sintomas Emocionais ( $F = 22,942$ ;  $p < 0,001$ ),

Problemas de Conduta ( $F = 11,109$ ;  $p = 0,001$ ), Hiperatividade ( $F = 6,979$ ;  $p = 0,010$ ) e Problemas de Relacionamento com Colegas ( $F = 18,848$ ;  $p < 0,001$ ).

Na Tabela 14, estão apresentados os resultados das análises de regressão linear simples (Modelo 1) para cada um dos desfechos de problemas comportamentais do SDQ, tendo como variável preditora os recursos de parentalidade.

Tabela 14 – Análises de regressão linear simples considerando a variável preditora total recursos de parentalidade para os desfechos de problemas comportamentais do SDQ ( $n = 100$ )

Variáveis Desfecho	Variável Preditora – Total Recursos de Parentalidade					$R^2$ ajustado
	B	$\beta$	t	p-valor*	IC (95%)	
<b>Total Dificuldades</b>	-0,231	-0,386	-4,142	< <b>0,001</b>	-0,342 – -0,120	0,140
<b>Sintomas Emocionais</b>	-0,078	-0,352	-3,721	< <b>0,001</b>	-0,119 – -0,036	0,115
<b>Problemas de Conduta</b>	-0,043	-0,250	-2,552	<b>0,012</b>	-0,076 – -0,009	0,053
<b>Hiperatividade</b>	-0,079	-0,301	-3,128	<b>0,002</b>	-0,130 – -0,029	0,082
<b>Relacionamento com Colegas</b>	-0,031	-0,212	-2,145	<b>0,034</b>	-0,060 – -0,002	0,035

Nota. \*p-valor =  $p \leq 0,05$ ; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Os recursos de parentalidade foram identificados como preditores de todos os desfechos comportamentais do SDQ, os quais apresentaram escores mais baixos na presença de mais recursos de parentalidade. As análises de regressão linear simples demonstraram que os recursos de parentalidade apresentaram maior poder preditivo para os Sintomas Emocionais e o Total de Dificuldades, explicando, respectivamente 11% a 14% da variância dos escores. Segundo a ANOVA, todos os modelos de predição foram significativos, a saber: Total Dificuldade ( $F = 17,158$ ;  $p < 0,001$ ), Sintomas Emocionais ( $F = 13,846$ ;  $p < 0,001$ ), Problemas de Conduta ( $F = 6,511$ ;  $p = 0,012$ ), Hiperatividade ( $F = 9,785$ ;  $p = 0,002$ ) e Problemas de Relacionamento com Colegas ( $F = 4,601$ ;  $p = 0,034$ ).

Para as análises de regressão linear multivariadas (Modelo 2), foram definidas como variável de desfecho os indicadores de problemas comportamentais das crianças e como variáveis predictoras: a gravidade da depressão materna (características clínicas), o total

estressores cumulativos e o total recursos de parentalidade. Para a definição de quais condições de risco e proteção entrariam no modelo, considerou-se as variáveis que fossem contínuas e abarcassem o maior número de categorias. Além disso, realizou-se o teste de colinearidade, verificando-se que as variáveis selecionadas como preditoras eram independentes (depressão materna – VIF = 1,800; total estressores cumulativos – VIF = 1,722; total recursos de parentalidade – VIF = 1,618).

Testou-se um modelo para cada um dos seguintes indicadores de problemas comportamentais: Total de Dificuldades (Modelo A), Sintomas Emocionais (Modelo B), Problemas de Conduta (Modelo C), Hiperatividade (Modelo D) e Problemas de Relacionamento com Colegas (Modelo E).

A Tabela 15 apresenta os dados da análise de regressão linear múltipla (Inserir) para a predição dos indicadores de problemas comportamentais do SDQ em cada um dos modelos testados.

Tabela 15 – Análise de regressão linear múltipla considerando as variáveis preditoras (gravidade da depressão materna, estressores cumulativos e recursos de parentalidade) para os desfechos de problemas comportamentais do SDQ (n = 100)

Modelos	Variáveis Predictoras	B	$\beta$	t	P-valor*	IC (95%)	
A	Total Estressores Cumulativos	0,232	0,319	2,748	<b>0,007</b>	0,065 – 0,400	
		<b>Total R<sup>2</sup> ajustado</b>					0,225
B	Depressão Materna Total Estressores Cumulativos	0,367	0,249	2,092	<b>0,039</b>	0,019 – 0,751	
		0,065	0,242	2,081	<b>0,040</b>	0,003 – 0,127	
		<b>Total R<sup>2</sup> ajustado</b>					0,220
C	Total Estressores Cumulativos	0,057	0,273	2,159	<b>0,033</b>	0,005 – 0,109	
		<b>Total R<sup>2</sup> ajustado</b>					0,083

Continua

Continuação

Modelos	Variáveis Predictoras	B	$\beta$	t	P-valor*	IC (95%)
<b>D</b>	<b>Total Recursos de Parentalidade</b>	-0,069	-0,263	-2,150	<b>0,034</b>	-0,134 – -0,005
		<b>Total R<sup>2</sup> ajustado</b>				
<b>E</b>	<b>Depressão Materna</b>	0,261	0,264	2,158	<b>0,033</b>	0,021 – 0,501
	<b>Total Estressores Cumulativos</b>	0,053	0,295	2,459	<b>0,016</b>	0,010 – 0,096
<b>Total R<sup>2</sup> ajustado</b>					0,175	

Conclusão.

Nota. \*p-valor =  $p \leq 0,05$ ; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

O Modelo A de predição foi significativo ( $F = 10,554$ ;  $p < 0,001$ ) e identificou uma variável como preditora do desfecho Total de Dificuldades. Segundo este modelo, a variável total estressores cumulativos foi preditora de mais problemas de comportamento, sendo responsável por aproximadamente 22% da variação do escore do Total de Dificuldades do SDQ. As variáveis gravidade da depressão materna e total recursos de parentalidade não se mostraram predictoras.

Quanto ao Modelo B de predição, também foi significativo ( $F = 10,305$ ;  $p < 0,001$ ) e detectou duas variáveis como predictoras do desfecho Sintomas Emocionais. De acordo com este modelo, as variáveis gravidade da depressão materna e total estressores cumulativos foram predictoras de mais sintomas emocionais, sendo responsáveis por cerca de 22% da variação do escore desta escala. Não se mostrou preditora a variável total recursos de parentalidade.

O Modelo C de predição mostrou-se significativo ( $F = 3,989$ ;  $p = 0,010$ ) e indicou que a variável total estressores cumulativos foi preditora do desfecho Problemas de Conduta, explicando aproximadamente 8% da variação do escore desta escala. As variáveis gravidade da depressão materna e total recursos de parentalidade não se apresentaram como predictoras.

Para o Modelo D de predição, que foi significativo ( $F = 3,929$ ;  $p = 0,011$ ), se constatou uma variável como preditora do desfecho Hiperatividade. Segundo este modelo, a variável total recursos de parentalidade foi preditora de menos sintomas de hiperatividade, sendo responsável por cerca de 8% da variação do escore desta escala. Observou-se que as

variáveis gravidade da depressão materna e total de estressores cumulativos não se mostraram preditoras neste modelo.

O Modelo E de predição foi significativo ( $F = 8,007$ ;  $p < 0,001$ ) e identificou duas variáveis como preditoras do desfecho Problemas de Relacionamento com Colegas. De acordo com este modelo, as variáveis gravidade da depressão materna e total estressores cumulativos foram preditoras de mais problemas de relacionamento com os colegas, sendo responsáveis por aproximadamente 17% da variação do escore desta escala. A variável total recursos de parentalidade não se mostrou preditora neste modelo.

#### 4.4.2 Regressão Logística Multinomial

Os resultados da análise de regressão logística multinomial para o Modelo 1 (Internalizantes) são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 – Coeficientes do Modelo 1 multinomial que relaciona os desfechos comportamentais vs. gravidade da depressão materna, total estressores cumulativos e total recursos de parentalidade ( $n = 100$ )

Desfechos		B	X <sup>2</sup> Wald	p-valor*	IC (95%)
<b>Comportamentais<sup>1</sup></b>					
	Intercepto	-0,264	0,021	0,886	
	Depressão Materna	0,511	6,179	<b>0,013</b>	1,114 – 2,493
<b>Com problemas Internalizantes</b>	Total Estressores Cumulativos	0,003	0,007	0,932	0,937 – 1,073
	Total Recursos de Parentalidade	-0,022	0,650	0,420	0,927 – 1,032
<b>Com problemas Internalizantes e Externalizantes</b>	Intercepto	-0,451	0,053	0,818	
	Depressão Materna	0,289	1,949	0,163	0,890 – 2,002
	Total Estressores Cumulativos	0,061	2,666	0,102	0,988 – 1,144
	Total Recursos de Parentalidade	-0,047	2,556	0,110	0,901 – 1,011

Nota. \*p-valor =  $p \leq 0,05$ ; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança; <sup>1</sup>Classe de referência = “0 – sem problemas”.

O Modelo 1 ajustado foi estatisticamente significativo ( $G^2(6) = 30,604$ ;  $p < 0,001$ ) e indicou que a passagem da classe de referência “0 – sem problemas” para classe “1 – com problemas internalizantes” foi afetada significativamente pela gravidade da depressão materna ( $B = 0,511$ ;  $p = 0,013$ ), com 1,6 vezes mais chances de problemas internalizantes a cada acréscimo de um ponto nos níveis de gravidade da depressão materna ( $OR = 1,667$ ;  $IC\ 95\% = 1,114 - 2,493$ ). Quanto a probabilidade de passar da classe de referência “0 – sem problemas” para classe “2 – com problemas internalizantes e externalizantes”, não foram identificadas variáveis que afetassem significativamente.

A Tabela 17 mostra os resultados referentes a análise de regressão logística multinomial para o Modelo 2 (Externalizantes).

Tabela 17 – Coeficientes do Modelo 2 multinomial que relaciona os desfechos comportamentais vs. gravidade da depressão materna, total estressores cumulativos e do total recursos de parentalidade ( $n = 100$ )

Desfechos		B	X <sup>2</sup> Wald	p-valor*	IC (95%)
<b>Comportamentais<sup>1</sup></b>					
	Intercepto	-0,567	0,045	0,832	
	Depressão Materna	-0,385	1,262	0,261	0,348 – 1,332
<b>Com problemas Externalizantes</b>	Total Estressores Cumulativos	0,008	0,028	0,867	0,915 – 1,111
	Total Recursos de Parentalidade	-0,027	0,467	0,494	0,902 – 1,051
<b>Com problemas Internalizantes e Externalizantes</b>	Intercepto	-0,734	1,262	0,261	
	Depressão Materna	-0,033	0,038	0,846	0,691 – 1,354
	Total Estressores Cumulativos	0,062	3,292	0,070	0,995 – 1,138
	Total Recursos de Parentalidade	-0,042	2,419	0,120	0,910 – 1,011

Nota. \*p-valor =  $p \leq 0,05$ ; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança; <sup>1</sup>Classe de referência = “0 – sem problemas”.

O Modelo 2 ajustado mostrou-se estatisticamente significativo ( $G^2(6) = 14,794$ ;  $p = 0,022$ ), mas nenhuma das variáveis (gravidade da depressão materna, total estressores cumulativos e total recursos de parentalidade) afetaram significativamente a passagem da

classe de referência “0 – sem problemas” para classe “1 – com problemas internalizantes” ou para classe “2 – com problemas internalizantes e externalizantes”.

#### 4.5 Análises de Mediação

Para verificar se a variável total recursos de parentalidade mostrava-se mediadora da relação entre gravidade da depressão materna e problemas comportamentais das crianças, foram realizadas várias análises de regressão, conforme os critérios propostos por Baron e Kenny (1986). Os resultados serão apresentados de forma conjunta nas tabelas a seguir, embora as análises tenham sido realizadas separadamente. A confirmação do modelo mediacional ocorreu por meio do teste Sobel (Baron & Kenny, 1986).

A Tabela 18 apresenta os dados da análise de mediação para o desfecho Total de Dificuldades do SDQ.

Tabela 18 – Mediação da variável total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Total de Dificuldades (n = 100)

Variáveis	SDQ – Total de Dificuldades				Sobel Teste
	R <sup>2</sup>	B	β	p-valor*	
<b>Depressão Materna</b>	0,138	1,531	0,383	< <b>0,001</b>	
<b>Depressão Materna</b>	0,172	0,968	0,242	<b>0,031</b>	<b>p = 0,032*</b>
<b>Recursos de Parentalidade<sup>#</sup></b>		-0,149	-0,249	<b>0,027</b>	

Nota. # variável testadas como mediadoras; \*p-valor =  $p \leq 0,05$ .

Para a relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Total de Dificuldades foi identificado um efeito mediador do total recursos de parentalidade, uma vez que as três condições propostas por Baron e Kenny (1986) foram verificadas nas análises de regressão linear: 1) a variável mediadora total recursos de parentalidade foi preditora da variável dependente Total de Dificuldades ( $p < 0,001$ ); 2) a variável independente gravidade da depressão materna foi preditora da variável mediadora recursos de parentalidade ( $p < 0,001$ ); e 3) na presença da variável independente gravidade da depressão materna e da mediadora total recursos de parentalidade, a relação significativa que existia entre a gravidade da depressão materna e o Total de Dificuldades decresceu em magnitude (o Beta

diminuiu). Além disso, o poder de explicação do modelo contendo o conjunto de variáveis gravidade da depressão materna e total recursos de parentalidade foi maior (17,2%) que o do modelo apenas com a variável gravidade da depressão materna (13,8%), posto que o valor de  $R^2$  aumentou; e a aplicação do teste Sobel confirmou o modelo mediacional ( $p = 0,032$ ).

A Figura 4 mostra a representação gráfica do efeito direto da gravidade da depressão materna e o efeito indireto do total recursos de parentalidade para o desfecho Total de Dificuldades do SDQ.

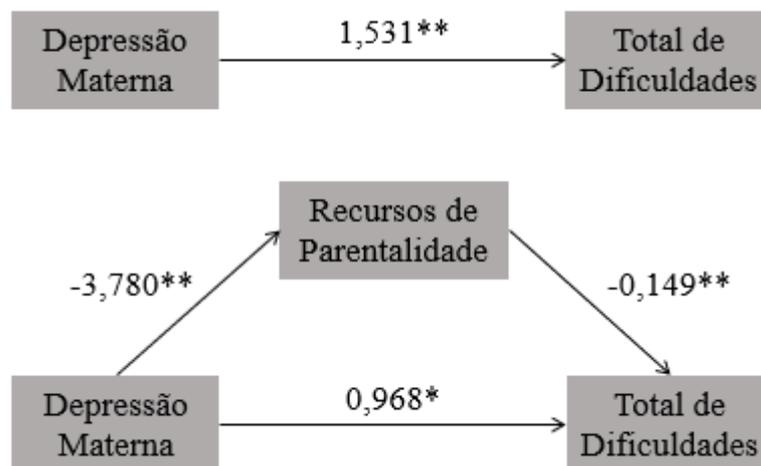


Figura 4. Coeficiente de regressão padronizados para o efeito direto da gravidade da depressão materna para o desfecho Total de Dificuldades, e para o efeito indireto do total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e Total de Dificuldades do SDQ por meio da mediação  
\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,001$

A Tabela 19 apresenta os dados da análise de mediação para o desfecho Sintomas Emocionais do SDQ.

Tabela 19 – Mediação da variável total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Sintomas Emocionais ( $n = 100$ )

Variáveis	SDQ – Sintomas Emocionais				
	$R^2$	B	$\beta$	p-valor*	Sobel Teste
<b>Depressão Materna</b>	0,186	0,649	0,440	<b>&lt;0,001</b>	
<b>Depressão Materna</b>	0,193	0,523	0,355	<b>0,002</b>	p = 0,177
<b>Recursos de Parentalidade<sup>#</sup></b>		-0,033	-0,151	0,172	

Nota. # variável testadas como mediadoras; \*p-valor =  $p \leq 0,05$ .

Para a relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Sintomas Emocionais não foi identificado efeito mediador do total recursos de parentalidade, posto que as três condições propostas por Baron e Kenny (1986) não foram verificadas nas análises de regressão linear e a realização do teste Sobel mostrou que o modelo não foi significativo ( $p = 0,177$ ).

A Tabela 20 apresenta os dados da análise de mediação para o desfecho Problemas de Conduta do SDQ.

Tabela 20 – Mediação da variável total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Problemas de Conduta ( $n = 100$ )

Variáveis	SDQ – Problemas de Conduta				
	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	p-valor*	Sobel Teste
<b>Depressão Materna</b>	0,031	0,230	0,202	<b>0,044</b>	
<b>Depressão Materna</b>	0,048	0,101	0,089	0,456	p = 0,099
<b>Recursos de Parentalidade<sup>#</sup></b>		-0,034	-0,199	0,097	

Nota. # variável testadas como mediadoras; \*p-valor =  $p \leq 0,05$ .

Na relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Problemas de Conduta, o total recursos de parentalidade não apresentou efeito mediador. Não foram detectadas as três condições propostas por Baron e Kenny (1986) nas análises de regressão linear e o teste Sobel demonstrou que o modelo não foi significativo ( $p = 0,099$ ).

A análise de mediação da variável total recursos de parentalidade para o desfecho Hiperatividade do SDQ não foi realizada, visto que na análise de regressão linear simples a gravidade da depressão materna não teve efeito preditivo para este desfecho.

A Tabela 21 apresenta os dados da análise de mediação para o desfecho Problemas de Relacionamento com Colegas do SDQ.

Tabela 21 – Mediação da variável total recursos de parentalidade na relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Problemas de Relacionamento com Colegas (n = 100)

Variáveis	SDQ – Problemas de Relacionamento com Colegas				
	R <sup>2</sup>	B	β	p-valor*	Sobel Teste
<b>Depressão Materna</b>	0,141	0,382	0,387	<b>&lt;0,001</b>	
<b>Depressão Materna</b>	0,132	0,388	0,393	<b>0,001</b>	p = 0,906
<b>Recursos de Parentalidade<sup>#</sup></b>		0,002	0,011	0,925	

Nota. # variável testadas como mediadoras; \*p-valor =  $p \leq 0,05$

Quanto a relação entre gravidade da depressão materna e o desfecho Problemas de Relacionamento com Colegas, não se verificou efeito mediador do total recursos de parentalidade. As três condições propostas por Baron e Kenny (1986) não foram identificadas nas análises de regressão linear e o teste Sobel apontou que o modelo não foi significativo ( $p = 0,906$ ).

#### 4.6 Análise da curva ROC para estressores cumulativos e recursos de parentalidade

A distribuição da amostra de crianças em sua totalidade (n = 100), em função da classificação no escore total de dificuldades do SDQ, relativa aos indicadores de estressores cumulativos, está apresentada na Tabela 22.

Tabela 22 – Distribuição da amostra em função da classificação no escore total de dificuldades do SDQ e nos indicadores de estressores cumulativos (n = 100)

Total Dificuldades SDQ	Estressores Cumulativos		Total
	Teste Positivo	Teste Negativo	
<b>Com Dificuldade</b>	20	10	30
<b>Sem Dificuldade</b>	28	42	70

Verificou-se que, por meio dos indicadores de estressores cumulativos, foi confirmada a presença de dificuldades comportamentais para 66,7% das crianças identificadas pelo SDQ

como Com Dificuldade, e excluiu-se para 33,3%. Confirmou-se também a ausência de problemas comportamentais para 60% das crianças identificadas como Sem Dificuldade pelo SDQ, e a presença para 40% destas crianças.

Para avaliação dos indicadores de validade discriminativa (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo) dos estressores cumulativos, foi utilizada a curva ROC (Figura 5).

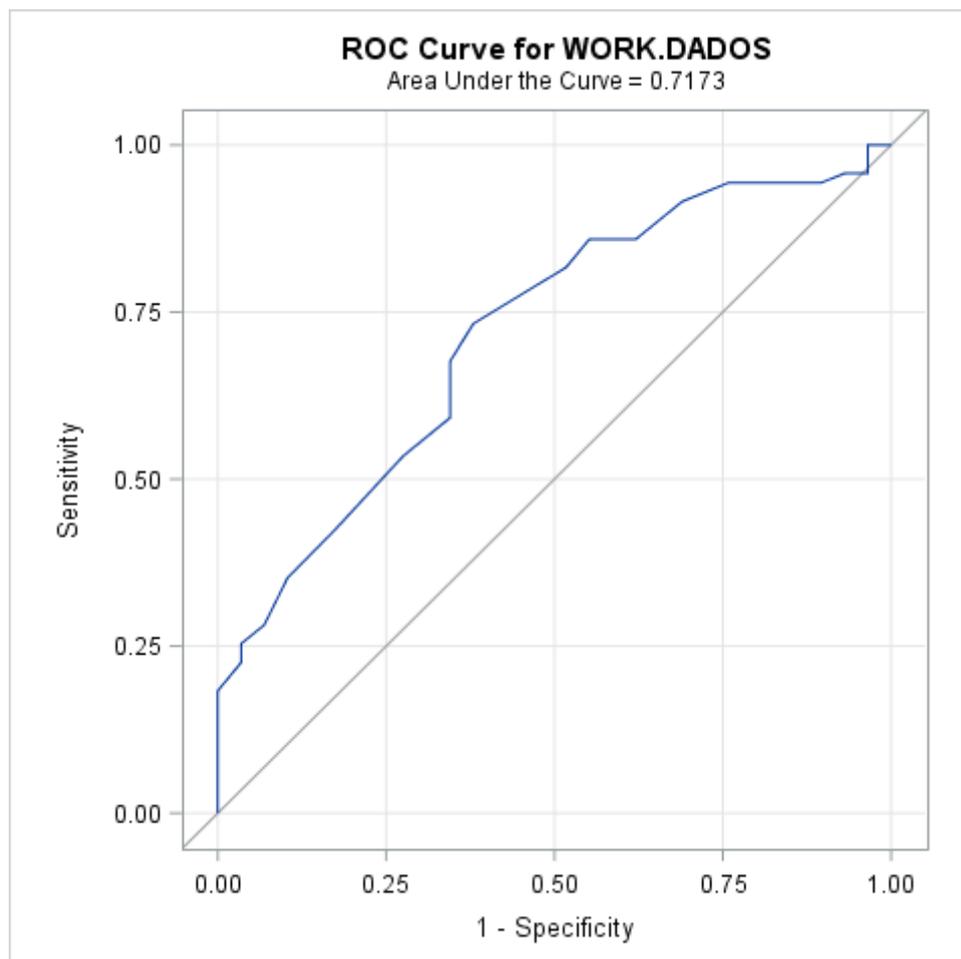


Figura 5. Curva ROC para Estressores Cumulativos (n = 100)

A área sob a curva (AUC) foi de 0,7173 (IC 95% = 0,60; 0,82) com valor de  $p < 0,001$ , resultado considerado satisfatório. Na Tabela 23, são apresentados os valores de sensibilidade e especificidade para diferentes pontos de corte dos estressores cumulativos.

Tabela 23 – Pontos de corte, sensibilidade e especificidade dos estressores cumulativos  
(n = 100)

Pontos de corte	Sensibilidade	Especificidade	1-Especificidade
2	0,0141	1	0
3	0,0282	1	0
4	0,0563	1	0
5	0,0986	1	0
6	0,1409	1	0
7	0,1831	1	0
8	0,2254	1	0,0345
9	0,2535	0,93103	0,0345
10	0,2817	0,93103	0,0690
11	0,3521	0,89655	0,1035
12	0,4225	0,7931	0,1724
13	0,5352	0,72414	0,2759
14	0,5916	0,72414	0,3448
<b>15</b>	<b>0,6479</b>	<b>0,65517</b>	<b>0,3448</b>
16	0,6761	0,58621	0,3448
17	0,7324	0,44828	0,3793
18	0,8169	0,41379	0,5172
19	0,8592	0,41379	0,5517
20	0,8592	0,34483	0,6207
21	0,9155	0,34483	0,6897
22	0,9437	0,31034	0,7586
23	0,9437	0,27586	0,8276
24	0,9437	0,27586	0,8966
25	0,9578	0,24138	0,9310
27	0,9578	0,2069	0,9655
28	0,9859	0,13793	0,9655
30	1	0,10345	0,9655
31	1	0,06897	1

Verificou-se que o ponto de corte de pelo menos 15 indicadores de estressores cumulativos (total = 31) representou o melhor valor para discriminar crianças com dificuldades comportamentais, pois maximiza conjuntamente a especificidade e a sensibilidade.

A Tabela 24 mostra os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo para o ponto de corte maior ou igual a 15, referente a presença de dificuldades comportamentais no SDQ.

Tabela 24 – Valores de validade discriminativa dos estressores cumulativos (ponto de corte  $\geq 15$ ) referente a presença de dificuldades comportamentais no SDQ (n = 100)

<b>Medidas</b>	<b>Estimativa</b>	<b>Intervalo de Confiança 95%</b>	
		<b>LI IC (95%)</b>	<b>LS IC (95%)</b>
<b>Prevalência</b>	0,30	0,205765	0,390637
<b>Sensibilidade</b>	0,655172	0,456635	0,814216
<b>Especificidade</b>	0,591549	0,468434	0,704724
<b>Valor Preditivo Positivo</b>	0,395833	0,273322	0,518345
<b>Valor Preditivo Negativo</b>	0,807692	0,724613	0,890772
<b>Razão de Verossimilhanças +</b>	1,604043	1,091674	2,356888
<b>Razão de Verossimilhanças -</b>	0,582923	0,340502	0,997936

*Nota.* IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior.

Verificou-se que o ponto de corte maior ou igual a 15 de indicadores de estressores cumulativos, apresentou uma sensibilidade maior que a especificidade, indicando que esse ponto de corte discrimina melhor casos positivos em comparação a negativos.

A distribuição da amostra total de crianças (n = 100) em relação aos recursos de parentalidade, conforme a classificação no escore total de dificuldades do SDQ, está apresentada na Tabela 25.

Tabela 25 – Distribuição da amostra em função da classificação no escore total de dificuldades do SDQ e nos indicadores de recursos de parentalidade (n = 100)

<b>Total Dificuldades SDQ</b>	<b>Recursos de Parentalidade</b>		<b>Total</b>
	<b>Teste Positivo</b>	<b>Teste Negativo</b>	
<b>Com Dificuldade</b>	14	16	30
<b>Sem Dificuldade</b>	21	49	70

Por meio dos indicadores de recursos de parentalidade, detectou-se que a presença de dificuldades comportamentais foi confirmada para 46,7% das crianças identificadas pelo SDQ como Com Dificuldade, e excluiu-se para 53,3%. Confirmou-se também a ausência de problemas comportamentais para 70% das crianças identificadas como Sem Dificuldade pelo SDQ, e a presença para 30% destas crianças.

A curva ROC também foi utilizada para avaliação dos indicadores de validade discriminativa (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo) dos recursos de parentalidade, a qual está apresentada na Figura 6.

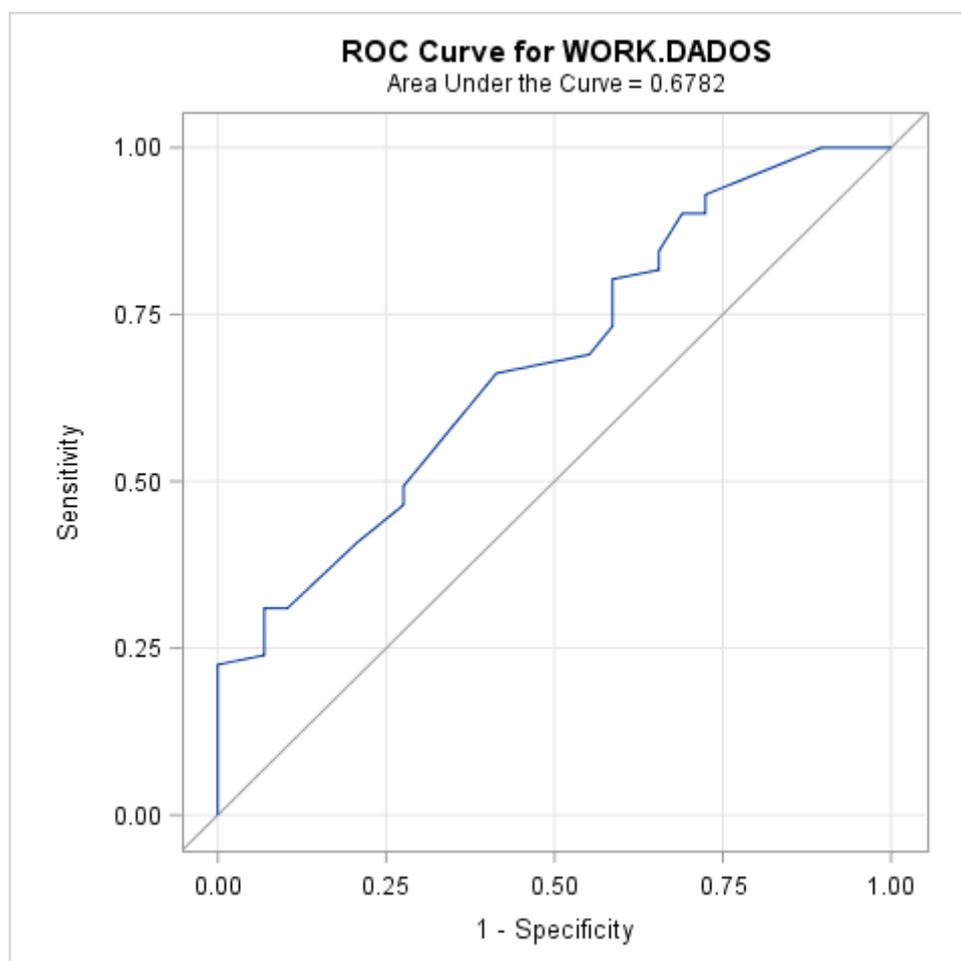


Figura 6. Curva ROC para Recursos de Parentalidade (n = 100)

A área sob a curva (AUC) foi de 0,6782 (IC 95% = 0,56; 0,78) com valor de  $p < 0,001$ , resultado considerado satisfatório. A Tabela 26 apresenta os valores de sensibilidade e especificidade para diferentes pontos de corte dos recursos de parentalidade.

Tabela 26 – Pontos de corte, sensibilidade e especificidade dos recursos de parentalidade  
(n = 100)

Pontos de corte	Sensibilidade	Especificidade	1-Especificidade
12	0,0141	1	0
14	0,0423	1	0
15	0,0704	1	0
16	0,1127	1	0
17	0,1268	1	0
18	0,1690	1	0
19	0,2254	1	0
20	0,2394	0,93103	0,0690
21	0,3099	0,93103	0,0690
22	0,3099	0,89655	0,1035
23	0,4085	0,7931	0,2069
24	0,4648	0,72414	0,2759
25	0,4930	0,72414	0,2759
26	0,5775	0,65517	0,3448
<b>27</b>	<b>0,6620</b>	<b>0,58621</b>	<b>0,4138</b>
28	0,6901	0,44828	0,5517
29	0,7324	0,41379	0,5862
30	0,8028	0,41379	0,5862
31	0,8169	0,34483	0,6552
32	0,8451	0,34483	0,6552
33	0,9014	0,31034	0,6897
34	0,9014	0,27586	0,7241
35	0,9296	0,27586	0,7241
36	0,9437	0,24138	0,7586
37	0,9578	0,2069	0,7931
38	0,9859	0,13793	0,8621
39	1	0,10345	0,8966
40	1	0,06897	0,9310
42	1	0,03448	0,9655
44	1	0	1

Identificou-se como melhor valor para detectar casos de risco para problemas comportamentais infantis, o ponto de corte de menos de 27 (total = 44) indicadores relativos aos recursos de parentalidade.

A Tabela 27 apresenta os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo para o ponto de corte menor ou igual 27, referente a presença de dificuldades comportamentais no SDQ.

Tabela 27 – Valores de validade discriminativa dos recursos de parentalidade (ponto de corte  $\leq 27$ ) referente a presença de dificuldades comportamentais no SDQ (n = 100)

<b>Medidas</b>	<b>Estimativa</b>	<b>Intervalo de Confiança 95%</b>	
		<b>LI IC (95%)</b>	<b>LS IC (95%)</b>
<b>Prevalência</b>	0,30	0,205765	0,390637
<b>Sensibilidade</b>	0,448276	0,269537	0,640378
<b>Especificidade</b>	0,690141	0,567871	0,791675
<b>Valor Preditivo Positivo</b>	0,371429	0,239478	0,503379
<b>Valor Preditivo Negativo</b>	0,753846	0,663885	0,843808
<b>Razão de Verossimilhanças +</b>	1,446709	0,849419	2,463997
<b>Razão de Verossimilhanças -</b>	0,799437	0,555959	1,149545

*Nota.* IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior.

Verificou-se que o ponto de corte menor ou igual a 27 de indicadores de recursos de parentalidade, apresentou uma especificidade maior que a sensibilidade, mostrando que esse ponto de corte discrimina melhor casos negativos em comparação a positivos.

## **5 DISCUSSÃO**

---

A discussão dos dados terá como norteador os objetivos do presente estudo, que serão abordados em sete tópicos, descritos a seguir. O primeiro apresentará a análise relativa ao perfil sociodemográfico da amostra e clínico das mães do Grupo Depressão. O segundo tópico abordará as comparações entre os grupos Depressão e Comparação, sob o enfoque da psicopatologia do desenvolvimento, abrangendo: (a) indicadores comportamentais das crianças; (b) indicadores relativos às condições de risco – eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos; e (c) indicadores relativos às condições de proteção – recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade. No terceiro tópico, serão discutidos os dados referentes as correlações entre as variáveis do estudo. O quarto tópico apresentará a discussão relativa aos modelos de predição simples e multivariados para o desfecho problemas comportamentais das crianças. O quinto tópico discutirá os dados das análises de mediação dos recursos de parentalidade na relação entre depressão materna e problemas de comportamento infantil. Por fim, no sexto tópico, serão abordados os dados referentes a validade discriminativa dos estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade para o escore total de dificuldades no SDQ.

### **5.1 Contexto familiar e depressão materna: características sociodemográficas e aspectos clínicos da depressão**

De modo a contextualizar o estudo, primeiramente serão discutidas as características sociodemográficas das crianças, das mães e das famílias, que compuseram a amostra de participantes, comparando as díades mãe-criança cujas mães apresentaram história de depressão recorrente (Grupo Depressão) em relação àquelas díades cujas mães não apresentaram história de depressão ou outros transtornos psiquiátricos (Grupo Comparação). Posteriormente, discutir-se-á as peculiaridades clínicas do transtorno depressivo das mães do Grupo Depressão.

Quanto ao perfil sociodemográfico das crianças, detectou-se o predomínio de crianças nos primeiros anos da educação formal (1º ao 5º ano do ensino fundamental), com uma distribuição equilibrada em relação à idade, à escolaridade e ao gênero, não sendo identificadas diferenças estatisticamente significativas nas comparações entre os grupos para essas variáveis. Neste sentido, evidenciou-se uma homogeneidade da amostra conforme os

critérios de inclusão, o que propiciou a comparação entre os grupos tendo por base a convivência ou não com a depressão materna recorrente.

Na comparação entre as díades relativa às características sociodemográficas das mães, verificou-se também uma distribuição similar quanto a idade, ocupação e número de filhos, não sendo identificadas diferenças estatisticamente significativas. Foi predominante mães na faixa etária entre 36 e 45 anos, assalariadas e com até três filhos. Entretanto, em relação às variáveis escolaridade materna e estado civil, foram detectadas diferenças estatísticas significativas na comparação entre os grupos, com as mães do Grupo Depressão apresentando menor nível de escolaridade (até oito anos de estudo formal) e constituição familiar principalmente monoparental (sem companheiro), o que sugeriu que essas mães eram as principais cuidadoras dos seus filhos.

Pode-se supor que a escolaridade e a capacidade laboral das mães do Grupo Depressão foram afetadas negativamente pela recorrência dos sintomas depressivos, o que é concordante com o estudo de Gonçalves et al. (2018), que detectaram associação entre sintomas depressivos e menor nível educacional, bem como com os apontamentos da OMS (2018) relativos ao impacto do transtorno depressivo para as perdas de funcionalidade, que prejudicam inclusive a produtividade no trabalho.

A baixa escolaridade materna e a constituição familiar monoparental também se mostraram associadas à depressão materna em estudos prévios. No estudo longitudinal de Campbell et al. (2009), verificou-se que a maioria das mães com elevados níveis de sintomas depressivos não tinham um companheiro. Em um estudo transversal, Talati et al. (2007) identificaram que a ausência paterna no contexto familiar se associou ao baixo *status* socioeconômico das famílias, a menor escolaridade e a episódios depressivos mais graves das mães.

Alguns estudos apontaram ainda que a presença paterna no lar se configurou como um fator de proteção no cenário de convivência com a depressão materna, posto que contribuiu para redução da hostilidade e da rejeição nas interações mãe-criança (Elgar et al., 2007), moderou a gravidade da sintomatologia da depressão materna e, conseqüentemente, seu impacto para os transtornos psiquiátricos das crianças (Talati et al., 2007), e reduziu as chances das crianças apresentarem problemas de saúde mental (Vakrat et al., 2018).

Em relação à classificação socioeconômica e à renda mensal das famílias, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com o predomínio no Grupo Depressão de famílias pertencentes às classes C e D e com renda inferior a três salários mínimos por mês, demonstrando menos recursos. Considerando-se que parte expressiva das

mães do Grupo Depressão não tinham um trabalho remunerado, supõe-se que tal dado possa ter influenciado a menor renda familiar desse grupo, posto que para essa variável considerou-se a somatória da renda mensal de todos os membros da família.

Esse resultado mostrou-se concordante com vários estudos longitudinais, com amostras da comunidade, que verificaram associações entre sintomas depressivos maternos e baixo status socioeconômico, como condições que aumentaram o risco de problemas comportamentais por parte das crianças (Bouvette-Turcot et al., 2017; Sagiv et al., 2013; Shelleby et al., 2014). Outros estudos, com delineamento transversal, constataram que as variáveis sociodemográficas que apresentaram efeito significativo para depressão materna foram o status socioeconômico (Vameghi et al., 2018) e a renda familiar (Gerkenmeyer et al., 2011; Gross et al., 2009), sendo que as mães com baixo status econômico e baixa renda apresentaram mais sintomas depressivos.

Diferente do presente estudo, cuja maioria das famílias que compuseram a amostra total eram pertencentes as classes A e B, Hart et al. (2008) e Goosby (2007) examinaram díades que viviam em condição de pobreza extrema, verificando associação tanto com a depressão materna como com os problemas de comportamento na infância. No estudo de Fleitlich e Goodman (2000), a pobreza também foi um dos fatores de risco associados a problemas comportamentais em crianças e adolescentes, além da violência familiar e problemas de saúde mental maternos.

Faz-se importante ressaltar que, com base na análise de regressão logística bivariada, se verificou que menor escolaridade materna, monoparentalidade e menos recursos financeiros (classe socioeconômica e renda mensal) para a maioria das díades do Grupo Depressão não influenciaram, de forma significativa, os indicadores comportamentais das crianças.

Por meio da comparação entre os grupos Depressão e Comparação, constatou-se que, no contexto de convivência com a depressão materna recorrente, coexistem variáveis sociodemográficas de risco, configurando-se como uma condição de múltiplos riscos aos problemas comportamentais dos escolares. Assim, foi demonstrado que as crianças do Grupo Depressão estavam em maior vulnerabilidade, visto que foram expostas a mais condições de vida adversas. Segundo Atkinson et al. (2015), compõem um modelo de risco cumulativo um conjunto de múltiplos fatores de risco combinados, tais como baixa escolaridade materna, depressão materna e ausência paterna, sendo que, para Ruberry et al. (2018), a carga cumulativa configura-se como um mecanismo crítico pelo qual as experiências de baixa renda impactam negativamente as famílias, aumentando a probabilidade de problemas de

ajustamento das crianças. Esses achados estão ainda em consonância com a metanálise de Goodman et al. (2011) e com as revisões sistemáticas de Mendes et al. (2008) e Pizeta et al. (2013), que relataram que outras condições contextuais de risco associadas a depressão materna favoreceram os desfechos negativos das crianças.

Quanto aos dados referentes aos aspectos clínicos da depressão das mães do Grupo Depressão, tendo por base a avaliação sistemática por instrumento diagnóstico (SCID) e seguindo os critérios de inclusão do estudo, todas foram diagnosticadas com Transtorno Depressivo Recorrente e estavam em remissão dos sintomas nos últimos seis meses, com episódio de maior gravidade nos dois anos anteriores a coleta de dados, episódio classificado como moderado, para a maioria delas. Tais dados caracterizam uma certa homogeneidade da amostra clínica do presente estudo em relação às manifestações sintomáticas.

O perfil clínico das mães do Grupo Depressão, expresso pela recorrência e episódios depressivos moderados e graves, também caracterizou uma condição de risco cumulativo, evidenciando uma maior gravidade da depressão na amostra do presente estudo, considerando que a presença de sintomas com relevância clínica e recorrência da sintomatologia expõem as mães e as famílias a mais dificuldades.

Estudar mães com depressão tem relevância também epidemiológica, pois segundo dados da OMS (2018), a depressão atinge cerca de 5,8% da população do Brasil e aproximadamente 4,4% da população mundial. Estudos de prevalência mostraram que 7,9 a 10,4% dos brasileiros apresentam depressão (Andrade et al., 2012; Kessler et al., 2010; Lopes et al., 2016), a qual corresponde a aproximadamente um quarto da demanda da rede de atenção básica em saúde no Brasil (Molina et al., 2012).

Ressalta-se que a maioria das mães do Grupo Depressão referiram estar em acompanhamento clínico ambulatorial, sendo que 78% afirmaram fazer uso de antidepressivo no momento da coleta. Contudo, no que se refere a autopercepção de sua condição atual, 68% das mães relataram prejuízos decorrentes da sintomatologia depressiva ou das recaídas, o que reitera considerações da OMS (2018) quanto ao impacto da depressão para o cotidiano dos indivíduos acometidos por tal psicopatologia. O transtorno depressivo, em virtude das suas manifestações sintomáticas como humor deprimido e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (APA, 2014), apresenta impacto para qualidade de vida das pessoas.

Em relação ao tratamento da depressão materna, diversos estudos detectaram associação entre o tratamento medicamentoso para mães deprimidas e os desfechos dos filhos, a saber: redução dos diagnósticos de transtornos psiquiátricos (Weissman et al., 2006); melhora das condições de saúde mental (Rishel et al., 2006); melhora dos sintomas

depressivos e do funcionamento da criança, bem como da parentalidade (Weissman et al., 2015); e melhora da aceitação materna e dos relacionamentos mãe-filho e familiar (Foster, Webster et al., 2008). Forehand et al. (2012) verificaram que a participação em programa de intervenção cognitivo-comportamental, contribuiu para remissão dos sintomas depressivos de mães e pais com transtorno depressivo maior atual ou passado e, conseqüentemente, favoreceu mudança da parentalidade negativa, prevenindo problemas de comportamento dos filhos.

Outro estudo analisou o impacto da depressão materna para o tratamento de crianças com transtorno desafiador opositor, indicando que mães com sintomas clínicos significativos de depressão referiram diversas barreiras, as quais prejudicaram a adesão ao tratamento de saúde mental dos filhos, sendo demonstrada a importância do tratamento das mães deprimidas para garantia do acesso de seus filhos com problemas comportamentais a recursos terapêuticos (Acri et al., 2018). Faz-se importante salientar, que embora uma parcela significativa das crianças participantes do presente estudo apresentasse problemas comportamentais avaliados por instrumento de rastreamento (SDQ), elas não estavam em tratamento.

Ademais, destaca-se que a maioria das mães que compuseram a amostra do Grupo Depressão afirmaram ter apresentado três ou mais episódios depressivos após o nascimento da criança avaliada, o que sugere que estas foram expostas a depressão materna em vários momentos do seu desenvolvimento. Segundo os resultados de estudos longitudinais, quando a depressão materna persistiu ao longo do tempo (pós-parto e atual), as crianças manifestaram níveis mais elevados de problemas comportamentais aos oito anos de idade (Closa-Monasterolo et al., 2017); e a gravidade e a cronicidade da depressão materna, ao longo de três anos de acompanhamento, foram preditoras dos sintomas internalizantes e externalizantes das crianças entre 8 a 12 anos (O'Connor et al., 2017). No estudo transversal de Mars et al. (2012), a gravidade dos episódios anteriores de depressão parental também foi significativamente associada com sintomas de depressão por parte dos filhos. Tais estudos demonstram a importância de se avaliar o histórico de depressão materna, abarcando tanto os sintomas depressivos atuais, como os episódios depressivos passados, o que foi realizado no presente estudo, visto que todas as mães foram avaliadas de forma sistemática por instrumento diagnóstico (SCID), que avalia a condição atual e o histórico das manifestações.

A avaliação sistemática do transtorno depressivo materno possibilitou ainda a identificação do momento em que ocorreu a primeira exposição do filho, incluído no estudo, à depressão materna. Verificou-se que a maior parte das crianças (54%) foram expostas a

episódios depressivos das mães após os três anos de idade. Diversos estudos longitudinais constataram que a exposição das crianças a depressão materna em diversos momentos, como no período pós-parto (Choi et al., 2019), precoce (Bagner et al., 2010; Keyser et al., 2017; Yan et al., 2016) ou após dois anos de idade (Dow-Fleisner, 2017; Letourneau et al., 2013) apresentou impacto para problemas comportamentais na idade escolar, ou seja, independentemente do momento de exposição das crianças, a depressão materna mostrou-se uma condição de adversidade associada a prejuízos para o desenvolvimento infantil (Elgar, Waschbusch, Mcgrath, Stewart, & Curtis, 2004; Goodman, et al., 2011; Mian, Tango, Lopes, & Loureiro, 2009; Pizeta, et al., 2013).

Considera-se importante também destacar que o reconhecimento do impacto negativo da depressão paterna para os problemas comportamentais dos filhos (Sweeney & MacBeth, 2016), embora este não tenha sido foco do presente estudo. De acordo com a literatura, o sexo feminino tem se mostrado um fator de risco para depressão (Fiuza & Golanoski Junior, 2018; Rocha-Almeida & Faro, 2016), estando as mulheres mais vulneráveis a apresentar transtorno depressivo (Andrade et al., 2012; Cunha, Bastos, & Duca, 2012; Hammen, Bistricky, & Ingran, 2010; OMS, 2017), principalmente aquelas entre 20 e 59 anos de idade (Máximo, 2010), faixa etária que inclui o período reprodutivo, propiciando a presença de depressão nas mães (Markowitz, 2008). Na metanálise de Gelaye et al. (2016), detectou-se elevada prevalência de depressão perinatal (anteparto – 25,3 e pós-parto – 19%) entre mulheres residentes em países de baixa e média renda, incluindo estudos conduzidos no Brasil.

De modo a minimizar a influência da sintomatologia depressiva atual para o relato materno, adotou-se como controle metodológico no presente estudo, o critério de inclusão de mães em remissão dos sintomas depressivos nos últimos seis meses prévios à coleta de dados. Ponderou-se como essencial garantir que as mães do Grupo Depressão fossem boas informantes, visto que a maioria dos instrumentos utilizados se constituíam em medidas de autorrelato e as mães foram as únicas informantes acerca das variáveis analisadas. Vários estudos constaram que sintomas depressivos atuais podem enviesar a avaliação materna em relação ao comportamento dos filhos. No estudo de Callender et al. (2012), verificou-se que mães e pais com sintomas depressivos atuais avaliaram de forma mais negativa o comportamento dos filhos. Dubois-Comtois et al. (2013) detectaram que mães com sintomas graves de depressão referiram mais problemas de comportamento para as crianças, os quais não foram observados na interação mãe-filho, sugerindo que a depressão materna favoreceu a distorção da avaliação das mães. Os resultados do estudo de Van Doorn et al. (2016) mostram

uma discrepância entre a percepção das mães e dos filhos, visto que, ao contrário das mães com altos níveis de sintomas depressivos, esses não relataram mais sintomas depressivos.

Diversos estudos identificaram a presença de sintomas de ansiedade como outra variável de risco associada a depressão materna (Boyd & Tervo-Clemmens, 2013; Karevold et al., 2009; Leis et al., 2014). No presente estudo, para evitar possível viés quanto a essa variável, outro controle metodológico adotado foi o critério de exclusão de comorbidades com outros transtornos psiquiátricos para as mães do Grupo Depressão. Tal controle permitiu que fosse analisada especificamente a condição de convivência com a depressão materna.

No próximo tópico, discutir-se-á as comparações entre os grupos, diferenciados pela depressão materna recorrente, relativas aos indicadores comportamentais das crianças, as condições contextuais de risco e as condições contextuais de proteção.

## **5.2 Problemas comportamentais, condições de risco e condições de proteção sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento: comparações entre os grupos diferenciados pela presença da depressão materna**

O presente estudo foi fundamentado na perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, considerada uma orientação importante para o estudo da doença e da saúde mental (Sameroff, 2000). Como pressupostos tem-se o enfoque nas múltiplas condições contextuais que podem favorecer a competência e/ou a disfunção ao longo do ciclo vital (Toth & Cicchetti, 2010), sendo esse resultado de um processo dinâmico, que envolve o interjogo entre condições de risco e de proteção (Cummings et al., 2000), podendo se alterar de acordo com o estágio de desenvolvimento e as demandas exigidas em cada período (Masten & Gewirtz, 2006).

Sob tal perspectiva, este estudo buscou identificar variáveis relevantes para o desfecho problemas comportamentais na idade escolar e suas associações com condições de risco (eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos) e condições de proteção (recursos do ambiente familiar e de parentalidade) presentes no contexto de convivência com a depressão materna, conforme outros estudos conduzidos também sob enfoque dessa perspectiva e com foco no desenvolvimento infantil (Feldman & Masalha, 2007; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Yunes, 2006).

Para o presente estudo, o primeiro objetivo específico traçado foi comparar as crianças que convivem com a depressão materna (Grupo Depressão) às crianças cujas mães não apresentam depressão ou qualquer transtorno psiquiátrico (Grupo Comparação), quanto as variáveis, a saber: (a) indicadores comportamentais das crianças, (b) indicadores relativos às condições de risco – eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos, e (c) indicadores relativos às condições de proteção – recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade. Como hipótese norteadora, supôs-se que as crianças pertencentes ao Grupo Depressão apresentariam mais problemas comportamentais, e estariam expostas a mais condições de risco e a menos condições de proteção, em comparação, as crianças do Grupo Comparação.

Iniciar-se-á a discussão pelas comparações relativas aos dados dos indicadores comportamentais das crianças, seguida as comparações dos indicadores referentes as condições de risco e as condições de proteção.

O comportamento das crianças, pertencentes a ambos os grupos, foi avaliado por meio da aplicação de um instrumento reconhecido de rastreamento de problemas comportamentais (SDQ), respondido pelas mães. Faz-se importante pontuar que o comportamento das crianças foi a medida de desfecho avaliada, por se constituir em uma variável relativa às tarefas típicas do desenvolvimento (Masten & Tellegen, 2012), sendo um indicador de adaptação e de saúde mental no período escolar (Marturano & Loureiro, 2003), foco de interesse deste estudo. Considerou-se que o comportamento medido pelo SDQ, permitiu a avaliação do sucesso ou fracasso em uma das principais tarefas de desenvolvimento desse período, ou seja, a socialização, sendo que o sucesso nas tarefas de desenvolvimento conforme a idade, o gênero e as expectativas sociais é definido como competência (Yunes & Szymanski, 2001).

Para as crianças, a entrada na escola formal configura a necessidade de adaptação a demandas acadêmicas e interpessoais, as quais se constituem nas duas principais tarefas de desenvolvimento na idade escolar (Bee, 1997; Papalia et al., 2010). Segundo Del Prette e Del Prette (2005), o baixo desempenho acadêmico apresenta associação com dificuldades no relacionamento com os pares, o que também foi constatado no estudo empírico de Maturano et al. (2009) com uma amostra de escolares.

Os indicadores de problemas comportamentais têm sido utilizados como medida de adaptação frente às tarefas de desenvolvimento no período escolar, posto que os problemas de comportamento representam as dificuldades mais frequentes para os escolares (Achenbach, 1991; Achenbach et al., 2008). Dentre os instrumentos utilizados para a identificação das taxas de problemas comportamentais infanto-juvenil, no presente estudo optou-se pelo SDQ,

por ser um instrumento de uso livre, curto e de aplicação simples (Fleitlich et al., 2000; Goodman, 1997), traduzido em mais de 60 idiomas (Stone et al., 2010) e com índices satisfatórios de validade e fidedignidade para população brasileira (Saur & Loureiro, 2012). Destaca-se que dois estudos nacionais, utilizando o SDQ e o instrumento diagnóstico DAWBA, verificaram que as taxas de problemas de saúde mental foram semelhantes para ambos (Anselmi et al., 2010; D'Abreu & Marturano, 2011).

Na presente amostra, o perfil comportamental das crianças foi caracterizado a partir das cinco escalas do SDQ, sendo quatro referentes a avaliação de problemas de comportamento e uma destinada a identificação de recursos pró-sociais. A somatória dos escores brutos das escalas de problemas forneceu o escore para o total de dificuldades comportamentais. Os escores em cada escala e no total de dificuldades foram classificados como Sem Dificuldade e Com Dificuldade, conforme a nota de corte proposta por Goodman (1997) e referida para o contexto brasileiro por Fleitlich et al. (2000).

As comparações entre os grupos relativas aos escores do SDQ, enquanto variável contínua, mostraram escores maiores para as crianças incluídas no Grupo Depressão em todas as escalas indicadoras de problemas do SDQ e no Total de Dificuldades, bem como escores menores na escala de comportamento pró-social. Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quanto ao Total de Dificuldades e em três escalas: Sintomas Emocionais, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com Colegas. Ademais, as crianças do Grupo Depressão apresentaram maiores escores para comportamentos Internalizantes e Externalizantes, seguindo os agrupamentos propostos por Goodman et al. (2010).

Tais achados mostraram-se consonantes com vários estudos anteriores (Bagner et al., 2010L; Campbell et al., 2007; Garber & Little, 1999; Gravener et al., 2011; Fanti & Henrich, 2010; Jaser et al., 2008), que identificaram que filhos de mães com depressão apresentaram significativamente mais problemas internalizantes e externalizantes. O cálculo do  $d$  de Cohen para estimar o tamanho do efeito da significância estatística das comparações demonstrou que o tamanho do efeito foi grande para o Total de Dificuldades, os Sintomas Emocionais, os Problemas de Relacionamento com Colegas e os comportamentos Internalizantes. Tais achados indicaram a maior influência da depressão materna para os comportamentos de internalização das crianças. Os problemas internalizantes foram descritos na literatura como mais prováveis para filhos de mães com depressão (Conners-Burrow et al., 2016; Feng et al., 2008; Ferrioli et al., 2007), e segundo o estudo longitudinal de Jacobs et al. (2015), o Transtorno Depressivo Maior materno apresentou associação com transtorno depressivo na

infância (antes dos 13 anos de idade), evidenciando a transmissão intergeracional da depressão.

Em relação ao resultado do presente estudo referente a não diferença significativa entre os grupos para os problemas de conduta, pontua-se que Shaw et al. (2012), com uma amostra exclusivamente de meninos de baixa renda, identificaram que a exposição à depressão materna entre um ano e meio e dois anos de idade mostrou-se associada a presença de comportamento antissocial quando os filhos estavam na faixa etária dos 10 aos 17 anos; e o estudo de Ashman et al. (2008) mostrou que os filhos de mães com depressão crônica tiveram níveis significativamente maiores de problemas de comportamento externalizante-agressivo, em comparação aos filhos de mães sem depressão ou com depressão leve estável, segundo a avaliação parental. Pode-se supor que essas diferenças entre os resultados possam estar relacionadas a peculiaridades da amostra do presente estudo, que foi composta de modo homogêneo, por crianças de ambos os sexos e por mães em remissão dos sintomas depressivos nos seis meses anteriores a coleta de dados.

Apesar de não terem sido detectadas diferenças significativas entre os grupos, no que se refere ao comportamento pró-social das crianças, se observou uma tendência à diferença estatisticamente significativa, sugerindo que as crianças expostas a depressão materna além de mais problemas, tendem a apresentar menos recursos. Tal dado é concordante com outros estudos, nos quais se verificou que as crianças quando da convivência com a depressão materna mostraram maiores déficits de competência social (Campbell et al., 2007; Garber & Little, 1999; Kersten-Alvarez et al., 2012).

Quanto as comparações entre os grupos, tendo por referência as classificações dos escores em Sem Dificuldade ou Com Dificuldade, verificou-se diferenças estatísticas significativas quanto ao Total de Dificuldades e em duas escalas indicativas de problemas: Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas. As crianças do Grupo Depressão apresentaram 3,2 vezes mais chances de terem dificuldades comportamentais (escore total do SDQ) e 6,7 vezes mais chances de terem sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os colegas, quando comparadas às crianças do Grupo Comparação.

Outros estudos também identificaram que as crianças filhas de mães com problemas de saúde mental apresentarem quatro a sete vezes mais chances de ter um distúrbio emocional ou comportamental (Ghandour et al., 2012) e que 60% das crianças expostas à depressão materna no meio da infância (seis anos) foram diagnosticadas com transtornos do Eixo-I aos seis e aos 10 anos de idade, sendo mais prevalente os transtornos afetivos (Priel et al., 2018).

Destaca-se ainda, que vários estudos que examinaram a associação entre depressão materna e características sociodemográficas de risco como a constituição familiar monoparental (Loeber et al., 2009) e baixo nível socioeconômico (Anhalt et al., 2007; Bouvette-Turcot et al., 2017; Sagiv et al., 2013), condições predominantes no Grupo Depressão, constataram que tal associação aumentou as chances das crianças apresentarem problemas comportamentais.

Por meio dessa análise relativa à classificação dos escores, constatou-se alta taxa de problemas para o total de crianças da amostra, sendo que 30% delas foram classificadas como Com Dificuldade. Tal taxa foi superior a identificada, em amostras da comunidade, na metanálise de Polanczyk et al. (2015), na qual a prevalência mundial de transtornos mentais entre crianças e adolescentes foi de 13,4%. Além disso, foi maior que as taxas detectadas em estudos empíricos realizados na realidade brasileira utilizando o SDQ, a qual variou de 12,5% a 18,7% (Cury & Golfeto, 2003; Fleitlich & Goodman, 2000; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Paula et al., 2008). Entretanto, foi inferior as taxas identificadas nos estudos nacionais de Cid e Matsukura (2014) e Vitolo et al. (2005), também com a aplicação do SDQ para avaliar amostra de crianças em idade escolar do interior do estado de São Paulo, que identificaram 43% e 35,2% de escolares com escores clínicos no Total de Dificuldades do SDQ, respectivamente. Destaca-se ainda o estudo de Paula et al. (2015), no qual foram avaliados alunos de seis a 16 anos de quatro regiões brasileiras, por meio da aplicação de instrumento diagnóstico, verificando uma prevalência global de 13,1% para um ou mais transtornos psiquiátricos.

Considera-se importante salientar que nem todas as crianças do Grupo Depressão apresentaram indicadores de dificuldades comportamentais, o que indica a ocorrência de adaptação positiva mesmo frente à exposição à depressão materna. Esse dado demonstrou que algumas crianças responderam positivamente a essa adversidade, sendo sugestivo de resiliência, tal como definido por Masten e Gewirtz (2006) e Walsh (2005). Dessa forma, corroborou estudos prévios, que mostraram que os desfechos negativos não são exclusivos, evidenciando 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; Reuben & Shaw, 2015; Yunes, 2006).

Para discussão da análise das comparações entre os grupos referentes as condições de risco, que incluíram os eventos adversos (EEA), as adversidades crônicas (EAC) e os estressores cumulativos, faz-se importante retomar as quatro categorias que compuseram esse

último indicador, tendo por base a fonte dos estressores. A categoria contexto geral abarcou estressores relativos a renda familiar, vizinhança violenta, classificação socioeconômica, escolaridade materna, desemprego, e mudanças de cidade e escola. A categoria contexto familiar englobou estressores referentes a adoecimento e morte de familiares, envolvimento dos pais com a criminalidade, alcoolismo e abuso de drogas, temperamento difícil dos pais e ausência destes por oito horas ou mais. Para a categoria situações relativas às crianças, considerou-se estressores relacionados a problemas de saúde, dificuldades no desempenho e nas interações no contexto escolar. A categoria interações familiares integrou estressores relacionados a organização familiar não tradicional, conflitos familiares e conjugais, separação e recasamento dos pais, e violência física, psicológica ou sexual. O agrupamento dessas quatro categorias correspondeu ao indicador total estressores cumulativos.

Os indicadores da variável estressores cumulativos foram selecionados de vários instrumentos (Entrevista com Roteiro Semiestruturado, Questionário Geral, EEA e EAC), os quais foram respondidos pelas mães, sendo posteriormente as respostas codificadas nas quatro categorias supracitadas.

Considerando-se que os conceitos de risco e estresse referem-se a adversidades que podem prejudicar o curso do desenvolvimento saudável, aumentando a probabilidade de desfechos negativos (Yunes et al., 2007; Masten & Gewirtz, 2006), formulou-se como hipótese que as crianças que conviviam com a depressão materna estariam expostas a mais eventos adversos, a mais adversidades crônicas e a mais estressores, em comparação as crianças filhas de mães sem transtorno psiquiátrico.

As análises de comparação entre os grupos referentes as escalas específicas (EEA e EAC) mostraram diferenças estatísticas significativas, constatando-se que as mães do Grupo Depressão referiram significativamente mais eventos adversos e adversidades crônicas incidindo sobre suas famílias. O tamanho do efeito detectado nessas comparações foi classificado como grande, demonstrando a relevância dessas diferenças entre os grupos.

Na comparação entre os grupos quanto aos estressores cumulativos, foi identificada a presença de significativamente mais estressores no contexto das famílias do Grupo Depressão em relação a todas as categorias definidas para este estudo e no total, ou seja, indicaram que essas estavam expostas a múltiplos estressores provenientes de diversas condições de risco. Destaca-se que foram observados maiores tamanhos de efeito para o total de estressores cumulativos, as situações relativas às crianças e as interações familiares, o que revelou diferenças expressivas entre os grupos em relação ao acúmulo de estressores, bem como de

condições de risco que incidiram diretamente sobre as crianças ou que afetaram a dinâmica familiar.

Tais achados evidenciaram que a depressão materna se configura como uma condição de adversidade, que traz consigo outros riscos, indo ao encontro dos resultados de outros estudos, que também detectaram 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 (Barker et al., 2012; Lopez-Duran et al., 2012; Sá et al., 2010). Esses achados são concordantes também com os apontamentos de duas revisões sistemáticas, 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 de risco (Pizeta et al., 2013). Fazem menção ainda ao estudo de Giallo, Cooklin e Nicholson (2014), que identificou um amplo conjunto de fatores de risco associados a trajetória de depressão materna caracterizada por sintomas depressivos graves recorrentes, incluindo o histórico de depressão no passado, a baixa autoeficácia parental, a baixa qualidade do relacionamento conjugal, a presença de eventos de vida estressantes e ainda o não terem completado o equivalente ao ensino médio, variáveis estas também presentes na amostra do Grupo Depressão.

Ademais, o tamanho do efeito ter se mostrado grande para diversos indicadores de condições de risco avaliados (eventos adversos, adversidades crônicas, total estressores cumulativos, situações referente às crianças e interações familiares), sugere que o estudo isolado de variáveis estressoras no cenário de convivência com a depressão materna, pode não elucidar a avaliação do efeito dessas variáveis sobre os desfechos das crianças. Tal apontamento, sinaliza a importância de uma avaliação ampla dos estressores incidindo sobre várias áreas da família de modo a identificar e considerar seu efeito cumulativo, o que evidencia uma das contribuições do presente estudo.

A discussão dos resultados relativos aos indicadores das condições de proteção, que se referiram aos recursos do ambiente familiar e de parentalidade também requer a retomada da definição desta última variável.

Segundo Gomide (2006), o conjunto de práticas parentais utilizadas pelos cuidadores na interação com seus filhos para promover a educação, a socialização e o controle do comportamento dos mesmos é denominado de estilos parentais, sendo que a literatura oferece diferentes modelos para classificação desses estilos (Baumrind, 1966, 1973; Maccoby & Martin, 1983). Para O'Connor (2002), a classificação dos estilos parentais em tipologias abarcando várias dimensões parentais contribuiu para a compreensão da natureza inter-

relacional e dinâmica da família, agregando a dinâmica familiar e a interação pais-filhos (Macana & Comin, 2015).

No presente estudo, os recursos de parentalidade, com enfoque no uso de práticas positivas, referiram-se a um conceito amplo, tendo por embasamento os pressupostos de Barroso e Machado (2010). Esses autores definiram a parentalidade como a prática ou ação de educação, ou seja, a forma como os progenitores/cuidadores cuidam do seu filho, envolvendo um conjunto de tarefas necessárias para facilitar o desenvolvimento dos descendentes ao nível físico, psicológico e social.

Essa variável foi avaliada por meio do relato materno ao RAF e a Entrevista com Roteiro Semiestruturado, a qual contemplava questões relativas à percepção materna quanto ao cuidados com seus filhos, que foram codificadas de acordo com quatro categorias, a saber: cuidados maternos, cuidados paternos, estabelecimento de regras e apoio social; e classificadas quanto às dimensões atividade parental e pré-requisitos, e ao determinante contexto social alargado.

Como hipótese norteadora, formulou-se que as crianças do Grupo Depressão contariam com menos recursos do ambiente familiar e menos recursos de parentalidade que as crianças do Grupo Comparação. Em relação às condições de proteção enquanto recursos do ambiente familiar, avaliados por meio de inventário específico (RAF), a comparação entre os grupos demonstrou diferença estatisticamente significativa, sendo que as mães do Grupo Depressão referiram dispor de menos recursos, o que também foi evidenciado quando da análise do perfil sociodemográfico dos grupos.

Nas comparações entre os grupos referente aos indicadores de recursos de parentalidade, verificou-se diferenças estatísticas significativas para o total e as categorias cuidados maternos, estabelecimento de regras e apoio social, com tamanho do efeito grande para o total recursos de parentalidade e cuidados maternos. Dessa forma, evidenciou-se que as mães do Grupo Depressão relataram significativamente menos recursos de parentalidade no total e relativos aos próprios cuidados com os filhos, ao estabelecimento de regras e a disponibilidade de apoio social na educação das crianças.

Estudos de comparação entre mães com e sem transtorno depressivo mostraram que as primeiras são mais propensas a se envolverem menos no relacionamento com seus filhos (Goodman & Gotlib, 1999), a se afastar da rotina familiar, acarretando a falta de suporte e afeto (Mian et al., 2009) e a demonstrar dificuldade de prover atenção, carinho e afeto aos filhos (Shannon et al., 2007), o que pode ser explicativo para a presença de menos recursos de parentalidade para as mães, do presente estudo, afetadas pelo transtorno depressivo

recorrente. De acordo com o modelo de Belsky e Jafee (2006), a parentalidade pode ser diretamente influenciada por fatores individuais dos pais, como por exemplo, pela psicopatologia parental. Alguns estudos clássicos já relataram que os sintomas inerentes ao transtorno depressivo podem interferir de forma significativa na função parental (Duggal, et al., 2001; Hammen, 2003; Leiferman, 2002).

Outros estudos transversais de comparação entre grupos também identificaram que as mães com depressão relataram maiores taxas de estresse parental e menores taxas de competência parental quando comparadas a mães sem depressão (Dow-Fleisner, 2017); e que as mães em remissão da depressão, em comparação as mães sem depressão clínica ao longo da vida, foram mais coercitivas, tendendo a ignorarem ou responderem negativamente na interação com seus filhos (Thomas et al., 2015).

Destaca-se ainda que tal dado guarda semelhança com o estudo longitudinal de Campbell et al. (2007), que verificaram associação entre trajetória grave crônica da depressão materna e níveis mais baixos de sensibilidade na interação com os filhos. Ademais, remete a estudos que demonstraram a persistência dos efeitos negativos da depressão materna para parentalidade, mesmo após remissão dos sintomas. No estudo transversal de Kluczniok et al. (2016), mães com depressão em remissão apresentaram menor sensibilidade e maior hostilidade na interação com seus filhos, em comparação às mães saudáveis. Bödeker et al. (2018), em um estudo longitudinal, apontaram os prejuízos para relação afetiva mãe-filho, que ocorrem mesmo depois da remissão total dos sintomas depressivos maternos, tendo um impacto duradouro para o bem-estar das crianças, via redução da sensibilidade materna. Na metanálise de Lovejoy et al. (2010), também foram descritos os efeitos residuais após remissão dos sintomas depressivos, caracterizando a permanência das dificuldades, embora, em menor intensidade, na associação entre depressão materna e comportamento materno negativo.

As diferenças entre os grupos, no que se refere a categoria apoio social, guarda relação com o relatado no estudo de Heberle et al. (2015), no qual se verificou 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.

Quanto a ausência de diferença significativa na comparação entre os grupos quanto aos cuidados paternos, pode-se supor que tenha refletido um padrão sociocultural de exercício da parentalidade, posto que o baixo envolvimento paterno com os cuidados dos filhos não foi exclusivo das famílias que conviviam com a depressão materna, mas também foi identificado

nas famílias cujas mães não apresentavam transtornos psiquiátricos, as quais em sua maioria, conviviam em famílias constituídas por ambos os pais (biparentais).

Pressupõe-se que a presença de menos recursos no Grupo Depressão pode ter comprometido o enfrentamento dos estressores cumulativos que incidiram sobre essas famílias, influenciando, por sua vez, as respostas adaptativas das crianças expostas a tais condições somadas a depressão materna recorrente. De acordo com Yunes (2003), a resiliência resulta da relação de equilíbrio e desequilíbrio entre os mecanismos de risco e proteção presentes no ambiente dos indivíduos, ou seja, está relacionada não apenas a aspectos individuais, mas também a fatores ambientais (Bee, 2003).

Destaca-se que ao examinar os recursos de parentalidade no contexto da depressão materna, o presente estudo colaborou para o preenchimento de uma lacuna da literatura nacional, na qual segundo Macarini et al. (2010), com base em uma revisão bibliográfica, há uma escassez de estudos enfocando a influência de características particulares dos pais sobre a parentalidade.

Ressalta-se ainda que as hipóteses levantadas no presente estudo quanto as diferenças nas condições de risco e de proteção para os grupos Depressão e Comparação foram confirmadas, evidenciando que as crianças que convivem com a depressão materna recorrente não só estão expostas a mais estressores, bem como contam com menos recursos de proteção. Tal constatação coloca em foco a importância do estudo das múltiplas variáveis contextuais presentes no contexto de convivência com a depressão materna, buscando-se compreender a interação entre tais variáveis e suas possíveis influências para os desfechos comportamentais das crianças.

No próximo tópico, discutir-se-á as correlações significativas identificadas pelo presente estudo entre a gravidade da depressão materna, os indicadores comportamentais das crianças e os indicadores de condições de risco e de proteção.

### **5.3 Correlações entre depressão materna, problemas comportamentais, condições de risco e condições de proteção**

O terceiro objetivo específico deste estudo foi verificar as possíveis associações entre as variáveis gravidade da depressão materna, indicadores comportamentais das crianças, indicadores relativos às condições de risco e indicadores relativos às condições de proteção.

Tal objetivo teve como finalidade o mapeamento do ambiente familiar de convivência com a depressão materna, buscando-se identificar quais condições contextuais poderiam se configurar como risco ou proteção ao desenvolvimento das crianças, conforme indicado no estudo de revisão de Mendes et al. (2012).

Foram formuladas três hipóteses norteadoras: 1) a gravidade da depressão materna apresentaria correlação positiva com os indicadores de problemas de comportamento das crianças e com as condições de risco, e correlação negativa com as condições de proteção; 2) a presença de mais condições de risco (eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos) e de menos condições de proteção (recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade) favoreceriam mais problemas comportamentais por parte das crianças; e 3) mais condições de riscos correlacionar-se-ia com menos condições de proteção. Essas hipóteses foram confirmadas pelos dados das análises de correlação.

Para discussão dos dados relativos as correlações entre as variáveis analisadas no presente estudo, faz-se relevante retomar a composição adotada para caracterizar a gravidade da depressão materna, enquanto uma variável contínua, a qual foi considerada nessas análises, bem como inserida nos modelos preditivos que serão apresentados nos tópicos seguintes.

A variável gravidade da depressão materna foi obtida por meio da caracterização do perfil clínico das mães do Grupo Depressão com informações provenientes da SCID, as quais foram codificadas em sete indicadores reconhecidos de gravidade. As correlações consideraram a amostra total de 100 díades mãe-criança e de um modo geral, foram predominantemente classificadas como moderadas. A gravidade da depressão materna apresentou correlação significativa positiva com a maioria dos indicadores comportamentais (Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Problemas de Relacionamento com Colegas e comportamentos Internalizantes) e com todas as condições de risco (eventos adversos, adversidades crônicas e total estressores cumulativos) e negativa com todas as condições de proteção (recursos do ambiente familiar e total recursos de parentalidade). Destacam-se as correlações fortes de direção positiva entre a gravidade da depressão materna e os eventos adversos, e o total estressores cumulativos; e de direção negativa entre a gravidade da depressão materna e total recursos de parentalidade. Tais dados mostram-se em concordância com outros estudos que identificaram associação da depressão materna com mais problemas comportamentais das crianças (Boyd & Tervo-Clemmens, 2013; Elgar et al., 2004; Goodman, et al., 2011; Mian et al., 2009; Pizeta, et al., 2013), mais adversidades no contexto familiar (Goodman et al., 2011; Nicholson & Clayfield, 2004;

Pizeta et al., 2013) e menos recursos parentais nos cuidados com os filhos (CEDPI, 2013; Errázuriz et al. 2012; Lovejoy et al., 2010; Stein et al., 2012; Vafaenejad et al., 2018).

Por outro lado, a não constatação de correlação significativa da gravidade da depressão materna com Hiperatividade e com comportamento pró-social divergiu dos achados de outros estudos. Na metá-análise de Cheung et al. (2018), verificou-se correlação moderada entre sintomas depressivos maternos e sintomas de TDAH nos filhos, sendo observado um maior tamanho de efeito para os sintomas de desatenção da criança. Bolsoni-Silva et al. (2016), em um estudo transversal, detectaram que a depressão materna mostrou correlação inversa e moderada com as habilidades sociais das crianças.

As correlações entre as condições de risco, as condições de proteção e os desfechos comportamentais mostraram-se em sua maioria de intensidade moderada. Os eventos adversos e o total estressores cumulativos apresentaram correlações significativas positiva com todos os indicadores de problemas comportamentais e negativa com o Comportamento Pró-Social. Para as adversidades crônicas, foram detectadas correlações significativas positiva com o Total de Dificuldades, os Sintomas Emocionais, os Problemas de Relacionamento com Colegas e os comportamentos Internalizantes. Além disso, os recursos do ambiente familiar e o total recursos de parentalidade demonstraram correlação significativa negativa com todos os indicadores de problemas comportamentais e positiva o Comportamento Pró-Social. Dessa forma, tais análises de correlação evidenciaram que outras condições presentes no ambiente familiar também influenciaram os desfechos comportamentais das crianças, não sendo a depressão materna a única variável responsável por esses desfechos. Destaca-se ainda, a presença de problemas comportamentais para 18% as crianças do Grupo Comparação, que não foram expostas a depressão ou a outros transtornos psiquiátricos maternos ao longo do seu desenvolvimento.

Esses achados guardam semelhança com o estudo de revisão de Pizeta et al. (2013), que identificaram que além da depressão materna outras variáveis contextuais demonstraram associação com as dificuldades das crianças. De acordo com as proposições clássicas de Rutter (1978), o número de fatores de risco mostrou forte associação com a probabilidade de transtornos psiquiátricos na infância, sinalizando que não era um fator de risco isolado, mas o número total de fatores de risco ao qual a criança estava exposta que aumentava a sua vulnerabilidade para a presença de psicopatologia. Ademais, vários estudos transversais prévios identificaram que as práticas parentais positivas se correlacionaram com níveis mais baixos de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes de jovens entre 11 e 16 anos de idade (Parent et al., 2013), com menos sintomas emocionais de escolares (Saputraa

et al., 2017) e com mais habilidades sociais das crianças (Bolsoni-Silva et al., 2016; Boyd & Waanders, 2013).

Quanto as correlações entre as condições de risco e de proteção, foram verificadas correlações significativas e negativas entre as seguintes variáveis: as condições de proteção e os eventos adversos; o total recursos de parentalidade e as adversidades crônicas; os recursos do ambiente familiar e total estressores cumulativos; com destaque para correlação forte e negativa entre total estressores cumulativos e total recursos de parentalidade, sugerindo que os recursos de parentalidade podem ser prejudicados quando da exposição a estressores cumulativos. Ressalta-se ainda que a presença de mais estressores cumulativos apresentou associação com menos recursos do ambiente familiar. Esses dados sugerem o interjogo entre variáveis contextuais de risco e de proteção, remetendo a metanálise de Goodman et al. (2011), que apontou a necessidade de se avaliar a interação entre fatores de risco e de proteção, associados à depressão materna, o que foi realizado no presente estudo, quando das análises dos modelos preditivos.

Considerando-se a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, as análises correlacionais evidenciaram que, além da depressão materna recorrente, múltiplas variáveis concorreram para a presença dos problemas comportamentais dos escolares, constituindo-se em condições contextuais e pessoais coexistentes, que podem ter se influenciado mutuamente. Dessa forma, as análises correlacionais auxiliaram na seleção das variáveis independentes ou preditoras a serem incluídas nos modelos de predição. Neste sentido, destaca-se a importância de buscar uma melhor compreensão quanto à direção das associações entre as múltiplas variáveis que compõem o cenário familiar de convivência com a depressão materna e o interjogo entre risco e proteção, o que foi testado nos modelos preditivos univariados e multivariados para cada desfecho comportamental avaliado pelo SDQ. A discussão dos resultados referentes a esses modelos será apresentada no próximo tópico.

#### **5.4 Depressão materna, estressores cumulativos e recursos de parentalidade: modelos preditivos para os desfechos comportamentais das crianças**

O presente estudo teve como objetivo geral verificar o efeito preditivo dos estressores cumulativos do ambiente familiar e dos recursos de parentalidade para o desfecho problemas

de comportamento de crianças em idade escolar, que convivem com a depressão materna recorrente.

De forma a responder a esse objetivo, foram realizadas análises de regressão linear simples e multivariada, nas quais foram consideradas como variáveis independentes a gravidade da depressão materna, o total estressores cumulativos e o total recursos de parentalidade; e como variável dependente foram considerados os indicadores de problemas de comportamento da criança, avaliados pelo SDQ, sendo analisados os seguintes desfechos: o Total de Dificuldades, os Sintomas Emocionais, os Problemas de Conduta, a Hiperatividade e os Problemas de Relacionamento com Colegas.

Considerando-se que o risco cumulativo representa uma condição de maior impacto para o desenvolvimento dos indivíduos (Evans et al., 2013) por reunir condições de adversidade que se potencializam, no presente estudo, optou-se por incluir nos modelos de predição o total estressores cumulativos como uma condição de risco para as crianças. De modo semelhante, tendo por pressuposto que a parentalidade não se estabelece, isoladamente, por práticas específicas (Salvo et al., 2005) incluiu-se nos modelos de predição o total recursos de parentalidade, como uma possível condição de proteção ao comportamento de escolares. Inicialmente, analisar-se-á os modelos univariados.

Para os modelos de regressão linear univariados que analisaram a gravidade da depressão materna como variável independente, levantou-se a hipótese que essa variável seria preditora de todos os desfechos comportamentais indicativos de problemas, a qual foi parcialmente confirmada. A gravidade da depressão materna foi preditora de todos os problemas comportamentais, exceto da Hiperatividade, e com destaque para o Total de Dificuldades, os Sintomas Emocionais e os Problemas de Relacionamento com Colegas, sobre os quais demonstrou maior poder de predição, explicando de 13% a 18% da variância dos escores. Dessa forma, evidenciou-se que a gravidade da depressão materna apresentou efeitos diretos, mais especificamente, para problemas de comportamento de natureza internalizante. Segundo Goodman et al. (2010), as escalas Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas do SDQ podem ser agrupadas como comportamentos internalizantes.

O efeito direto da depressão materna para problemas internalizantes de crianças em idade escolar também foi verificado em diversos estudos com delineamento transversal, cujos resultados serão descritos a seguir. Ferriolli et al. (2007) verificaram que a depressão materna apresentou associação significativa com a presença de mais problemas internalizantes para crianças de seis a 12 anos. No estudo de Wang (2018), identificou-se que os sintomas

depressivos das mães foram preditores de sintomas depressivos das crianças no primeiro ano da escola. Para mães com diagnóstico de transtorno depressivo maior atual ou prévio, maiores níveis de sintomas depressivos maternos foram preditores de mais problemas internalizantes pelos filhos com média de 11 anos de idade (Rakow et al., 2011). O transtorno depressivo materno atual, diagnosticado pela SCID, apresentou associação significativa com os problemas de comportamento internalizantes dos filhos pré-adolescentes (média de 11 anos de idade), mas não com os comportamentos externalizantes (Cione, 2016). Com base em um modelo de equação estrutural, Aunola et al. (2013) verificaram que os sintomas depressivos maternos explicaram cerca de 28% da variância das emoções negativas das crianças entre seis a sete anos de idade, enquanto manifestações, no cotidiano, de raiva, ansiedade e humor deprimido.

Estudos longitudinais também identificaram o efeito direto da depressão materna para problemas internalizantes dos escolares. Kuckertz et al. (2018) verificaram relações bidirecionais entre depressão materna (medida quando as crianças estavam com três anos) e sintomas internalizantes da criança aos nove anos, evidenciando um modelo transacional que explica os desdobramentos e a reciprocidade dos sintomas de internalização materno-infantil ao longo do tempo.

Outros estudos longitudinais constataram que a depressão materna foi preditora das trajetórias de internalizantes das crianças. No presente estudo, que adotou delineamento transversal, não cabe a análise de trajetórias. Contudo, vale destacar tais dados da literatura, pois eles demonstram o efeito duradouro da depressão materna. Laurin et al. (2015) identificaram que depressão materna foi preditora das trajetórias de ansiedade das crianças dos 2,5 aos 8 anos de idade. Os efeitos da trajetória de sintomas depressivos maternos durante a primeira infância para a trajetória de problemas internalizantes das crianças no período escolar foram examinados por Ahun et al. (2017), sendo detectado que os sintomas depressivos maternos apresentaram efeito direto para altos níveis de problemas internalizantes. A trajetória de problemas internalizantes da pré-escola à idade escolar (oito a nove anos) foi examinada no estudo de Klein et al. (2018), no qual a psicopatologia materna (depressão, somatização e estresse) demonstrou ser preditora da trajetória “alta estável” de sintomas internalizantes (ansiedade e depressão).

Ademais, vários estudos verificaram o efeito direto da depressão materna para problemas externalizantes de crianças em idade escolar. O estudo transversal de Foster, Garber et al. (2008) identificou associação entre os sintomas depressivos atuais das mães e mais problemas externalizantes dos filhos entre 11 e 12 anos de idade, sendo ressaltado que a

gravidade da depressão materna intensificou tais problemas. Estudos longitudinais também detectaram tal efeito, Van der Molen, et al. (2011) acompanharam meninas dos sete aos 12 anos de idade, identificando que a depressão materna se configurou como uma variável preditora do comportamento disruptivo das filhas, as quais apresentaram sintomas de comportamento antissocial e desafiador opositor. Mais sintomas depressivos maternos dos três aos quatro anos de idade da criança apresentaram associação significativa com mais problemas de conduta quando os filhos estavam com 7,5 a 8,5 anos (Shelleby et al., 2014). No estudo de Mathis (2017), a depressão materna mostrou-se preditora do aumento de comportamento opositor-agressivo das crianças do jardim da infância ao segundo ano escolar, sendo verificados inclusive efeitos bidirecionais.

Vale destacar que o dado deste estudo quanto a não predição da hiperatividade pela gravidade da depressão materna, contrapõe-se aos resultados dos estudos longitudinais de Galéra et al. (2011) e Sagiv et al. (2013), os quais identificaram que a convivência com a depressão materna se associou a sintomas de TDAH pelas crianças aos oito anos de idade.

Dois estudos longitudinais detectaram impacto para ambos os tipos de desfechos, nos quais os sintomas depressivos maternos tanto em nível não clínico como em nível clínico (conforme nota de corte do CESD) apresentaram associação com problemas de comportamento internalizantes e externalizantes dos filhos aos 11 anos de idade (Connors-Burrow et al., 2016); e a maior gravidade da depressão materna no período pré-escolar foi preditora de problemas internalizantes e externalizantes para as crianças aos 8,5 anos de idade (Dubois-Comtois et al., 2013).

De certo modo, o presente estudo transversal, corrobora com tais achados ao apontar para o efeito direto da depressão materna para problemas comportamentais totais, internalizantes e externalizantes, caracterizando o impacto de tal variável. Na sequência, analisar-se-á o efeito dos estressores cumulativos.

Quanto aos modelos de predição simples considerando o total estressores cumulativos como variável independente, verificou-se que essa variável foi preditora de todos os desfechos de problemas comportamentais das crianças (Total de Dificuldades e escalas do SDQ), o que indica que os estressores cumulativos presentes no contexto familiar apresentam um forte peso para os problemas de comportamento na infância. Assim, como para gravidade da depressão materna, foi detectado que o total estressores cumulativos demonstraram maior poder explicativo para o Total Dificuldades, os Sintomas Emocionais e os Problemas de Relacionamento com Colegas, explicando de 15 a 20% da variância dos escores.

Embora com delineamento longitudinal, de forma semelhante, Lengua et al. (2008) também verificaram o efeito direto dos estressores do contexto familiar para o comportamento de crianças em idade escolar, sendo que a exposição da criança a mais condições socioeconômicas de risco no 3º ano da escola foi preditora de mais problemas de comportamento internalizantes e externalizantes quando estavam no 4º e o 5º ano. Outro estudo longitudinal, com uma amostra de crianças com escores elevados na subescala de sintomas emocionais do SDQ, verificou que múltiplos fatores contextuais de risco na pré-escola se mostraram preditores precoces da trajetória de problemas internalizantes das crianças na idade escolar (Klein et al., 2018).

Destaca-se que no presente estudo transversal, os múltiplos estressores do contexto familiar tiveram efeito direto para os problemas comportamentais gerais, problemas internalizantes e externalizantes, chamando atenção para o peso das condições contextuais como adversidades para o comportamento de escolares, enquanto tarefa de desenvolvimento típica. Analisar-se-á na sequência as predições relativas aos recursos de parentalidade.

Em relação aos modelos univariados, tendo como variável independente o total recursos de parentalidade, identificou-se que essa variável também foi preditora do Total de Dificuldades e todas escalas de problemas do SDQ, com maior poder explicativo para Total Dificuldades e Sintomas Emocionais, explicando de 11 a 14% da variância dos escores, tendo-se verificado menores escores de problemas na presença de mais recursos de parentalidade. Tais dados são sugestivos de que os recursos de parentalidade apresentam um impacto amplo para o comportamento de escolares na medida em que teve influência para diferentes tipos de problemas.

Segundo Alvarenga et al. (2016), os estilos parentais podem prejudicar ou favorecer o desenvolvimento socioemocional dos filhos dependendo da relação funcional que estabelecem com o comportamento dos filhos, sendo as práticas parentais positivas relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e as práticas parentais negativas relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais (Gomide, 2006).

Antes de discutir tais resultados, faz-se necessário assinalar que no conjunto de estudos analisados para compor a contextualização teórica do presente estudo, foi identificada uma ampla diversidade de definições e de modalidades de avaliação da parentalidade, incluindo-se tarefas observacionais, entrevistas e inventários, o que dificulta a comparação precisa entre os dados obtidos nos diferentes estudos.

O efeito direto da parentalidade positiva para o comportamento de crianças foi verificado nos estudos longitudinais de Foster, Webster et al. (2008), no qual a melhora da

aceitação materna, após três meses de tratamento farmacológico com remissão dos sintomas depressivos maternos, apresentou associação significativa com menos sintomas internalizantes dos filhos de sete a 17 anos de idade; e de Gallito (2015), que identificou que a parentalidade positiva (avaliada de dois a três anos de idade) reduziu os problemas de comportamento para crianças aos seis/sete anos, tendo as crianças temperamento difícil e/ou pouco adaptável aos dois a três anos de idade. Tais efeitos também foram constatados por Nantel-Vivier et al. (2014), que acompanharam mães e seus filhos dos dois aos 11 anos de idade, verificando que a parentalidade quando positiva foi preditora do aumento da probabilidade de trajetórias de desenvolvimento das crianças com altos níveis de comportamentos pró-sociais. Em outro estudo, a parentalidade positiva também se mostrou associada a competência das crianças em tarefas escolares aos oito anos de idade (Murray et al., 2006).

Ressalta-se ainda, que a parentalidade positiva tem sido abordada na sua dimensão negativa, como baixos níveis de práticas parentais positiva, favorecendo a dificuldades comportamentais das crianças. Verificou-se que muitos estudos têm analisado o impacto da parentalidade negativa para os desfechos comportamentais das crianças, com destaque para as práticas parentais de controle e disciplina como disciplina rígida, disciplina inconsistente, punição e controle psicológico, tendo verificado um amplo impacto dessa para prejuízos no comportamento das crianças.

Considerando-se os efeitos diretos da parentalidade negativa para os problemas comportamentais internalizantes, os estudos transversais de Corona et al. (2012) e Rakow et al. (2011) identificaram que essa se mostrou preditora de menor competência social, maior estresse interpessoal e maiores níveis de sintomas depressivos pelas crianças entre nove e 12 anos; e de mais problemas internalizantes pelos jovens com média de 11 anos de idade, respectivamente.

Diversos estudos longitudinais também verificaram que a parentalidade negativa, avaliada em idades prévias das crianças, foi preditora de problemas internalizantes pelas crianças, a saber: trajetórias de ansiedade das crianças dos 2,5 aos 8 anos de idade (Laurin et al., 2015); trajetórias elevadas de problemas internalizantes das crianças dos seis aos 12 anos (Ahun et al., 2017); e mais sintomas de internalização das crianças aos nove anos de idade (Kuckertz et al., 2018). Feng et al. (2008) detectaram que a parentalidade negativa no início da infância se associou a trajetórias graves e crescentes de sintomas de ansiedade no meio da infância para meninos. Ademais, o acompanhamento de mães e seus filhos entre nove e 14 anos, ao longo de 18 meses por Olinio et al. (2016), mostrou que baixos níveis de

comportamentos maternos de interação positiva e altos níveis de comportamentos maternos de interação negativa apresentaram associação com altos níveis de sintomas depressivos dos filhos na pré-adolescência.

Outro desfecho avaliado pelos estudos que examinaram os efeitos da parentalidade negativa foram os problemas externalizantes na infância. Em estudos transversais, com amostras de crianças em idade escolar, foi identificado que tal variável foi preditora de problemas de comportamento disruptivo (Duncombe et al., 2012); a presença de sintomas externalizantes (Piché et al., 2011a); e mais problemas externalizantes para crianças em tratamento devido a comportamento agressivo (Van Doorn et al., 2016). Estudos com delineamento longitudinal também identificaram o impacto direto da parentalidade negativa (medida quando os filhos estavam com três a cinco anos de idade) para um maior aumento dos comportamentos externalizantes das crianças entre quatro e 12 anos de idade (Wang et al., 2013) e aos nove anos (Kopala-Sibley et al., 2017), bem como para problemas de conduta dos 7,5 aos 8,5 anos (Shelleby et al., 2014).

Vários estudos ainda analisaram os efeitos diretos da parentalidade negativa para ambos os defechos (internalizantes e externalizantes). Nos estudos transversais, foi detectado que a parentalidade negativa foi preditora de sintomas depressivos para meninas e problemas de conduta para meninos na faixa etária de 10 a 12 anos (Drabick et al., 2006) e comportamentos internalizantes e externalizantes dos filhos pré-adolescentes (Cione, 2016). Nos estudos longitudinais, foi verificado que a parentalidade negativa foi preditora de dificuldades emocionais e comportamentais das crianças aos sete anos de idade (Giallo, Cooklin, Wade et al., 2014), de trajetórias de elevados níveis de agressividade física, ansiedade e depressão dos dois aos 11 anos (Nantel-Vivier et al., 2014), e de problemas internalizantes e externalizantes aos seis/sete anos (Gallito, 2015).

Em consonância com a literatura, o presente estudo transversal, verificou que a parentalidade enquanto recurso, no seu polo positivo, teve um efeito direto para a presença de menos problemas de comportamento total, internalizantes e externalizantes, caracterizando assim a contribuição de tal condição para menos problemas comportamentais das crianças. Analisar-se-á a seguir os modelos multivariados.

Nos modelos de regressão linear multivariados, foram testados os efeitos de interação das variáveis independentes ou preditoras (gravidade da depressão materna, total estressores cumulativos e total recursos de parentalidade) para a predição dos desfechos Total de Dificuldades e para as escalas de problemas de comportamento do SDQ. Para composição desses modelos de predição, as variáveis foram selecionadas em consonância com a literatura,

bem como com as evidências empíricas identificadas nas análises de comparação entre os grupos e de correlação. Além de serem inseridas em conjunto com a depressão materna variáveis que se configuravam como condições de risco (estressores cumulativos) e de proteção (recursos de parentalidade), essas foram categorizadas de forma a respeitar sua direção para os desfechos comportamentais das crianças, enquanto impacto negativo e positivo, respectivamente.

A gravidade da depressão materna e o total estressores cumulativos foram preditores dos Sintomas Emocionais e dos Problemas de Relacionamento com Colegas, indicadores que compõem o agrupamento de comportamentos internalizantes, explicando de 17% a 22% da variação desses problemas de comportamento. Dessa forma, se evidenciou que a exposição a riscos ambientais diversos e cumulativos potencializam o impacto da depressão materna para desfechos negativos das crianças, em consonância com outros estudos (Barker et al., 2012; Nicholson & Clayfield, 2004). Além disso, tais resultados remetem aos achados do estudo longitudinal de Karevold et al. (2009), no qual foi identificado que a adversidade familiar (incluindo a depressão materna) precoce foi preditora de sintomas depressivos das crianças entre 12 e 13 anos de idade.

Por meio desses modelos multivariados, constatou-se ainda que o total estressores cumulativos foi preditor do Total de Dificuldades e dos Problemas de Conduta, mostrando-se mais explicativo desse total (em torno de 22%); e o total recursos de parentalidade foi preditor somente do desfecho Hiperatividade, explicando cerca de 8%.

Embora com delineamento longitudinal e uma amostra de mães com níveis elevados de sintomas depressivos e crianças com níveis elevados de problemas de conduta, Shaw et al. (2016) detectaram que a exposição de crianças que moram em bairros desfavorecidos economicamente a diversos indicadores de risco foi um preditor independente para problemas de conduta do meio da infância a adolescência. Outros estudos longitudinais também verificaram o efeito preditivo de múltiplos fatores de risco para problemas de conduta persistentes da infância até a adolescência (Barker & Maughan, 2009) e para o diagnóstico de transtorno de comportamento disruptivo em meninas dos sete aos 12 anos (van der Molen et al., 2012).

Quanto ao impacto dos estressores cumulativos para o Total de Dificuldades do SDQ, o estudo longitudinal de Agnafors et al. (2017) identificou que a exposição à adversidade cumulativa precoce foi preditora de problemas internalizantes e externalizantes aos 12 anos.

No modelo multivariado, a parentalidade foi a única variável preditora da Hiperatividade, sugerindo que recursos de parentalidade podem colaborar para redução da

hiperatividade, enquanto manifestações externalizantes, na idade escolar. Tais manifestações compõem a síndrome do TDAH, o que remete ao estudo transversal de Reising et al. (2013), com uma amostra de jovens (nove a 15 anos) e ambos os pais com diagnóstico de transtorno depressivo maior atual ou passado, que identificaram por meio da análise de regressão linear multivariada (variáveis independentes: sintomas depressivos parentais, parentalidade desajustada, desvantagem econômica da vizinhança e status econômico familiar) que apenas a parentalidade desajustada permaneceu significativa no modelo preditivo para mais sintomas internalizantes e externalizantes dos jovens. Embora com direções diferentes, os dados do presente estudo em relação aos recursos de parentalidade guardam semelhança.

Faz-se importante apontar que os modelos com maior poder explicativo foram para os seguintes desfechos: Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas, o que remete ao maior tamanho do efeito das diferenças significativas entre os grupos para esses indicadores comportamentais.

Ressalta-se que, nos modelos multivariados, o total estressores cumulativos se mostrou preditor de todos os indicadores de problemas de comportamento, exceto da Hiperatividade, o que reitera o maior peso da exposição a múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento, conforme descrito por Evans et al. (2013), e Halpern e Figueiras (2004). Tais achados também são concordantes com o estudo de Atkinson et al. (2015), os quais verificaram que um único índice de risco cumulativo foi preditor de diversos desfechos da infância a idade adulta.

Destaca-se ainda, que os modelos multivariados deste estudo abarcaram tanto fatores de risco quanto de proteção, considerados elementos fundamentais que se combinam no cenário complexo do desenvolvimento humano (Pesce et al., 2004), sendo relevante a avaliação do interjogo entre tais fatores para os desfechos relativos ao comportamento infantil. Em um estudo longitudinal recente, foram identificados efeitos aditivos em um modelo em cascata, o qual demonstrou a interação entre múltiplas variáveis contextuais (adversidade socioeconômica, autorregulação das crianças, uso de substâncias no pré-natal, depressão e sensibilidade materna) para mais problemas de conduta das crianças na idade de sete a oito anos (Ettekal et al., 2019).

As análises de predição multivariada realizadas no presente estudo demonstraram que os problemas comportamentais das crianças são multideterminados. Neste sentido, evidenciaram a importância da avaliação de múltiplas condições contextuais presentes no cenário das famílias que convivem com a depressão materna, sinalizando ainda o peso diferenciado do efeito cumulativo dos fatores de risco, sendo essa uma das suas contribuições.

Na sequência, serão analisados os resultados referentes aos modelos de regressão logística multinomial.

Quanto aos modelos de regressão logística multinomial, hipotetizou-se que a gravidade da depressão materna, o total estressores cumulativos e o total recursos de parentalidade afetariam a probabilidade de problemas Internalizantes e/ou Externalizantes por parte das crianças, o que foi parcialmente confirmado. Os resultados mostraram que somente a gravidade da depressão materna afetou significativamente a probabilidade das crianças apresentarem problemas Internalizantes. Não foram identificadas variáveis que afetassem significativamente a chance de problemas Externalizantes por parte das crianças, corroborando de certa forma o achado do estudo de Castelao e Kröner-Herwig (2014) quanto a não associação significativa dos sintomas depressivos maternos com a trajetória de problemas externalizantes dos filhos. Segundo tais autoras, esse resultado deve levar em consideração que nos estudos anteriores que constataram a associação entre depressão materna e externalizantes, em geral, os níveis de sintomas depressivos eram mais elevados e as crianças mais jovens. No presente estudo, apesar da trajetória crônica da depressão materna, no momento da coleta de dados as mães estavam em remissão dos sintomas e para maioria, o último episódio foi classificado como moderado.

Os dados referentes as análises de regressão logística multinomial são concordantes com o estudo de O'Connor et al. (2017), no qual também se identificou que a gravidade e a cronicidade da depressão materna foram preditoras dos sintomas internalizantes das crianças, mas diverge quanto a predição dos sintomas externalizantes. Verificaram ainda que a cronicidade da depressão materna foi preditora exclusivamente de mudanças nos níveis de sintomas externalizantes ao longo do tempo, o que não pode ser examinado neste estudo devido ao delineamento transversal. No estudo de Mars et al. (2012), a gravidade dos episódios anteriores de depressão materna também apresentou associação com problemas internalizantes, enquanto sintomas de depressão por parte dos filhos. Outro estudo de Fanti e Henrich (2010) verificou que embora os fatores de risco individuais e ambientais tenham influenciado o desenvolvimento dos problemas externalizantes, o único fator de risco associado aos problemas internalizantes foi a depressão materna.

Tais achados contribuíram para esclarecer a lacuna da literatura referendada por Psychogiou e Parry (2014) ao passo que possibilitaram uma compreensão sobre o efeito conjunto dos recursos de parentalidade (envolvendo cuidados maternos, cuidados paternos, estabelecimento de regras e apoio social) e estressores cumulativos (múltiplas variáveis contextuais de risco) para os desfechos comportamentais das crianças no cenário de

convivência com a depressão materna. Os referidos autores apontaram também a necessidade de se ampliar o conhecimento sobre os mecanismos subjacentes envolvidos na associação entre depressão materna, relacionamento pais-filhos e desfechos negativos das crianças. De modo a buscar compreender tais mecanismos, o presente estudo examinou o possível papel mediador dos recursos de parentalidade para associação entre depressão materna e problemas comportamentais das crianças. A discussão dos modelos de mediação será apresentada no próximo tópico.

### **5.5 Depressão materna e recursos de parentalidade: relações de mediação para os desfechos comportamentais das crianças**

Com o propósito de ampliar a compreensão sobre o impacto dos recursos de parentalidade para os problemas de comportamento de escolares que convivem com a depressão materna, este estudo teve como objetivo específico, analisar o potencial efeito mediador da variável recursos de parentalidade na associação entre depressão materna e problemas comportamentais.

Considerando-se que as práticas parentais podem se constituir em relevantes fatores de proteção (Maia e Willians, 2005), favorecendo respostas positivas e adaptativas frente a eventos de vida adversos (Juliano & Yunes, 2014), foi formulada a hipótese que os recursos de parentalidade amenizariam o impacto da depressão materna para os problemas comportamentais das crianças.

Nos modelos de mediação testados, foi considerada como variável independente a gravidade da depressão materna, como variável mediadora o total recursos de parentalidade e como variável de desfecho os indicadores comportamentais do SDQ (Total Dificuldades e escalas de problemas). Faz-se importante salientar que as análises de mediação seguiram os critérios propostos por Baron e Kenny (1986), dentre os quais incluem-se os efeitos diretos da gravidade da depressão materna e do total recursos de parentalidade para os desfechos de problemas comportamentais das crianças, que já foram discutidos no tópico anterior.

O único modelo de mediação que atendeu a todos os critérios considerados essenciais por Baron e Kenny (1986) foi o que teve como variável de desfecho o Total de Dificuldades do SDQ. Para tal modelo, os resultados das análises de regressão e do teste Sobel confirmaram que o total recursos de parentalidade mediou a associação entre gravidade da

depressão materna e o Total de Dificuldades, mostrando o efeito indireto dos recursos de parentalidade para os problemas comportamentais. O poder de explicação do modelo abarcando as duas variáveis independentes (gravidade da depressão materna e total recursos de parentalidade) – 17,2% foi maior, em comparação, ao modelo apenas com a variável gravidade da depressão – 13,8%, indicando que na presença da depressão materna, os recursos de parentalidade amenizaram o efeito da depressão para os problemas comportamentais das crianças.

Tal achado evidenciou que os recursos de parentalidade seriam responsáveis por transportar o efeito da depressão materna para os problemas de comportamento dos escolares, sugerindo que o efeito mediador dos recursos de parentalidade se configura como um potencial mecanismo explicativo acerca do impacto da depressão materna para o desenvolvimento das crianças. Além disso, foram concordantes com o estudo transversal de Bödeker et al. (2018) também com uma amostra de mães com (em remissão total) e sem histórico de depressão e seus filhos entre cinco e 12 anos, cujos resultados indicaram que a sensibilidade materna foi mediadora da relação entre histórico de depressão materna e psicopatologia dos filhos. Os referidos autores apontaram que esses resultados mostraram que os prejuízos acarretados pela depressão materna para relação afetiva mãe-filho, mesmo após remissão dos sintomas, podem ter um efeito duradouro para o bem-estar das crianças. Vários estudos longitudinais também identificaram o efeito mediador da qualidade da interação mãe-filho para associação entre depressão materna e problemas internalizantes e externalizantes das crianças aos 8,5 anos de idade (Dubois-Comtois et al., 2013), aos 10 anos de idade (Priel et al., 2018) e no sexto ano da escola (McCarty & McMahan, 2003). Ademais, com base em uma revisão sistemática, Silva e Loureiro (2014) identificaram que diferentes condições de suporte social, incluindo os recursos parentais, atenuaram os problemas comportamentais e o risco de psicopatologia para crianças expostas a depressão materna. Dessa forma, destaca-se que a parentalidade positiva pode favorecer desfechos de resiliência, constituindo-se em um fator de proteção.

Em relação aos modelos de mediação para os outros desfechos do SDQ, não foi verificado efeito mediador dos recursos de parentalidade para a associação entre depressão materna e os desfechos Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta e Problemas de Relacionamento com Colegas. Dessa forma, esses dados parecem reiterar os resultados das análises de predição multivariada, que mostraram que os recursos de parentalidade permaneceram significativos apenas no modelo considerando o desfecho Hiperatividade. Contudo, do ponto de vista técnico, como a gravidade da depressão materna não teve efeito

preditivo para Hiperatividade na análise de regressão simples, não foi possível testar o papel mediador dos recursos de parentalidade para este desfecho.

Tais achados mostraram-se em consonância com outros estudos transversais com crianças em idade escolar, os quais não identificaram efeitos mediadores da parentalidade positiva. No estudo de Dette-Hagenmeyer e Reichle (2013), embora a parentalidade negativa tenha apresentado efeito mediador para associação entre sintomas depressivos maternos e quatro indicadores de problemas comportamentais (comportamento desafiador-opositor, hiperatividade, problemas emocionais/internalizantes e competência socioemocional), a parentalidade positiva não demonstrou esse efeito. Como provável hipótese, essas autoras apontaram que poucas mães da amostra apresentavam sintomas depressivos em nível clinicamente relevante, o que é semelhante à amostra de mães do presente estudo, pois na ocasião da avaliação, por critério de inclusão, estavam em remissão dos sintomas. Para uma amostra clínica de crianças encaminhadas para tratamento devido a comportamento agressivo, Van Doorn et al. (2016) verificaram resultados contrários a hipótese levantada, posto que carinho e controle psicológico maternos não foram mediadores da relação entre sintomas depressivos maternos e problemas de saúde mental das crianças. Segundo os referidos autores, isso pode ter acontecido devido a características da amostra e a análise da interação mãe-criança ter focado somente dois aspectos específicos da parentalidade. Tais pontos destacados pelos autores divergem do presente estudo que avaliou uma amostra de crianças da comunidade e os recursos de parentalidade foram avaliados de maneira ampla, abrangendo diversos aspectos.

Ressalta-se, que as mães com depressão que compuseram a amostra deste estudo estavam em remissão dos sintomas nos últimos seis meses, o que pode ter colaborado para uma avaliação positiva da sua parentalidade, a qual foi relatada por Melchior e van der Waerden (2016) como condição para atenuar os problemas de saúde mental das crianças. Swartz et al. (2018) verificaram que o aumento do uso de estratégias parentais positivas, após tratamento psicoterapêutico com remissão dos sintomas depressivos maternos, mediou a associação entre tais sintomas e transtornos internalizantes dos filhos, os quais também apresentaram melhora dos sintomas. Entretanto, no presente estudo, não foram identificados efeitos de mediação dos recursos de parentalidade para associação entre depressão materna e Sintomas Emocionais ou Problemas de Relacionamento com Colegas.

Outros estudos também identificaram mediação para desfechos comportamentais específicos. Piché et al. (2011b) verificaram que os comportamentos maternos de cuidado mediaram a associação entre depressão e a ansiedade materna e sintomas internalizantes para

crianças entre seis e 11 anos de idade. Os comportamentos maternos de interação positiva com os filhos mostraram-se mediadores da relação entre depressão materna e depressão dos filhos pré-adolescentes (Olinio et al., 2016), e problemas externalizantes aos seis/sete anos (Gallito, 2015). Ademais, no estudo longitudinal de Choe et al. (2013), verificou-se que a disciplina indutiva e o afeto materno foram mediadores dos efeitos adversos da depressão materna para o controle por esforço das crianças aos três anos de idade, o qual foi preditor de problemas internalizantes dos seis aos 10 anos.

Ademais, considerando que os recursos de parentalidade podem favorecer respostas adaptativas das crianças, supõe-se que poderiam apresentar também efeitos para os desfechos desenvolvimentais positivos, os quais não foram foco deste estudo.

Conforme já pontuado no tópico anterior, a maior parte dos estudos tem examinado os efeitos da parentalidade negativa para os desfechos comportamentais das crianças, identificando além do impacto direto, os efeitos de mediação.

De acordo com alguns estudos transversais, a parentalidade negativa foi mediadora do impacto da depressão materna para mais sintomas depressivos nos meninos (Wang, 2018), dos sintomas depressivos maternos e paternos para elevados níveis de emoções negativas por parte dos filhos entre seis e sete anos de idade (Aunola et al., 2013), e da depressão e a ansiedade materna para sintomas internalizantes de crianças entre seis e 11 anos de idade (Piché et al., 2011b).

Estudos com delineamento longitudinal verificaram ainda que a parentalidade negativa mostrou-se mediadora da associação entre depressão materna e os seguintes desfechos externalizantes: sintomas externalizantes aos nove anos (Kopala-Sibley et al., 2017), comportamentos de oposição e agressão da criança do jardim da infância ao segundo ano escolar (Mathis, 2017), e comportamento disruptivo das filhas entre sete e 12 anos de idade (van der Molen et al., 2011); e da associação entre ansiedade/depressão materna pré-natal e transtorno de personalidade borderline pelos filhos entre 11 e 12 anos (Winsper et al., 2015). A parentalidade negativa mediou a relação entre a sintomas depressivos atuais de mães, que sofreram maus-tratos durante a infância, e os sintomas internalizantes e externalizantes das crianças nas idades de seis e 12 anos (Wolford et al., 2018). Ainda, Kuckertz et al. (2018) identificaram relações bidirecionais entre depressão materna (três anos) e sintomas internalizantes da criança aos nove anos, sendo que a parentalidade negativa (cinco anos) mediou essa relação.

Outros estudos com enfoque na parentalidade negativa verificaram que essa se mostrou moderadora da associação entre depressão materna e desfechos comportamentais das

crianças. O estudo transversal de McCullough e Shaffer (2014), com uma amostra de famílias em alto risco (condição de pobreza e desvantagem social), identificou que os comportamentos parentais de maus-tratos emocionais moderaram a associação entre sintomas depressivos maternos e problemas externalizantes das crianças entre oito e 11 anos de idade. Em um estudo longitudinal, Zalewski et al. (2017) detectaram que rejeição materna moderou o impacto da depressão materna para os problemas internalizantes dos filhos pré-adolescentes, amplificando os efeitos negativos dos sintomas depressivos das mães.

Faz-se importante assinalar que o presente estudo não teve como objetivo analisar o efeito moderador dos recursos de parentalidade, posto que foram considerados como possíveis fatores de proteção, sendo hipotetizado que atenuariam o impacto da depressão materna para os desfechos de problemas comportamentais dos escolares.

Além disso, destaca-se que este estudo não testou os efeitos de mediação de outras variáveis como estudos anteriores que identificaram os dados, a saber: a depressão e a ansiedade materna mediarão a relação entre parentalidade positiva e sintomas de ansiedade dos filhos com média de idade de 11,25 anos (Wei et al., 2017); a regulação emocional das crianças foi mediadora da associação entre parentalidade negativa e problemas de comportamento disruptivo para crianças entre cinco e nove anos de idade, bem como entre saúde mental materna e esse desfecho infantil (Duncombe et al., 2012); e capacidade de regulação emocional dos jovens mediou a relação da parentalidade negativa com problemas de comportamento internalizantes e externalizantes dos filhos entre oito e 15 anos (Cione, 2016).

Assim, os modelos de mediação colaboraram para a compreensão dos mecanismos subjacentes a influência negativa da depressão materna para o relacionamento pais-filhos, conforme proposto no editorial de Psychogiou e Parry (2014), ao constatar que, nesse processo, os recursos de parentalidade atuaram como mediadores para dificuldades comportamentais das crianças de forma ampla, incluindo problemas internalizantes e externalizantes conjuntamente.

Ressalta-se ainda, que os recursos de parentalidade também abarcaram um amplo conjunto de cuidados com os filhos, os quais, segundo Barroso e Machado (2010), podem diferir conforme os valores culturais. No entanto, neste estudo, mais do que o tipo de prática parental especificamente utilizado pelos pais, os recursos de parentalidade tiveram como foco o sentido das ações parentais, ou seja, os comportamentos com o propósito de cuidar das crianças.

Conclui-se que as análises de mediação do presente estudo contribuíram para esclarecer como a depressão materna e os recursos de parentalidade interagem na predição dos problemas de comportamento de crianças em idade escolar, sendo identificado um impacto diferenciado dessas variáveis.

### **5.6 Estressores cumulativos e recursos de parentalidade: discriminação de crianças em vulnerabilidade para dificuldades comportamentais**

O quarto objetivo específico deste estudo foi identificar por meio da Curva ROC os pontos de corte para os estressores cumulativos e os recursos de parentalidade que discriminam crianças, que convivem com a depressão materna recorrente, em vulnerabilidade para dificuldades comportamentais. Tal objetivo teve o intuito exploratório de verificar como as crianças com e sem dificuldades comportamentais distribuíram-se em relação a esses dois indicadores de risco e proteção, respectivamente.

A distribuição da amostra total ( $n = 100$ ) em função da classificação no escore total de dificuldades do SDQ e nos indicadores de estressores cumulativos mostrou que a presença de dificuldades comportamentais foi confirmada para maioria das crianças identificadas pelo SDQ pela classificação Com Dificuldade, bem como corroborou a ausência de problemas comportamentais para maior parte das crianças classificadas como Sem Dificuldade por esse questionário.

Quanto a distribuição da amostra total ( $n = 100$ ) em função da classificação no escore total de dificuldades do SDQ e nos indicadores de recursos de parentalidade, verificou-se que a presença de dificuldades comportamentais foi excluída para mais da metade das crianças identificadas pelo SDQ como Com Dificuldade, e a ausência de problemas comportamentais foi confirmada para maioria das crianças (70%) identificadas como Sem Dificuldade por esse questionário. Ressalta-se, que esta última distribuição, corresponde exatamente a mesma taxa de crianças Sem Dificuldade verificada por meio dos resultados do SDQ. Além disso, esses resultados vão ao encontro do estudo de Bolsoni-Silva e Loureiro (2011), que verificaram a presença de mais práticas educativas positivas para o grupo de crianças em idade escolar sem problemas comportamentais em comparação ao grupo de escolares com problemas de comportamento.

A curva ROC possibilitou a avaliação dos indicadores de validade discriminativa (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo) dos instrumentos elaborados para o presente estudo, os quais não apresentaram ainda estudos psicométricos. Analisando-se os valores da área sob a curva verifica-se que os mesmos foram satisfatórios para ambos os instrumentos (estressores cumulativos e recursos de parentalidade), sugerindo capacidade discriminativa adequada.

Em relação aos estressores cumulativos, neste estudo, foi definido o ponto de corte maior ou igual a 15 para o cálculo da sensibilidade, especificidade, VPP e VPN, ou seja, valor obtido pela curva ROC que maximizou a sensibilidade e a especificidade.

Para esse ponto de corte, os valores indicativos de sensibilidade e especificidade foram 0,65 e 0,59, respectivamente. Esses valores mostraram que os itens que compõem os estressores cumulativos apresentam uma capacidade de detecção de crianças expostas a múltiplas condições de risco de 65% e não expostas a múltiplas condições de risco de 59%. As taxas de VPP e VPN foram de 0,39 e 0,80, respectivamente, o que sinaliza que a probabilidade de uma criança identificada como positivo estar realmente exposta a estressores cumulativos é de 39% e a probabilidade de ser identificada como negativo, não estando exposta a estressores cumulativos, é de 80%.

Quanto aos recursos de parentalidade, o presente estudo estabeleceu como ponto de corte o valor menor ou igual a 27, que maximizou conjuntamente a especificidade e a sensibilidade, para o cálculo da sensibilidade, especificidade, VPP e VPN.

Considerando esse ponto de corte, os valores indicativos de sensibilidade e especificidade foram 0,44 e 0,69, respectivamente. Tais valores indicaram que os itens que integram os recursos de parentalidade tem uma capacidade de identificar crianças cuidadas por meio do uso de recursos parentais positivos de 44% e não cuidadas por meio do uso de recursos parentais positivos de 80%. A taxa de VPP foi de 0,37 e a de VPN foi de 0,75, o que mostra que a probabilidade de uma criança identificada como positivo estar realmente sendo cuidada por pais que dispõem de recursos de parentalidade é de 37% e como negativo, não sendo cuidada por pais que dispõem de recursos de parentalidade, é de 75%.

Dessa forma, o ponto de corte dos estressores cumulativos priorizou a detecção de casos positivos, visto que apresentou maior sensibilidade; e o ponto de corte dos recursos de parentalidade privilegiou a identificação de casos negativos, pois teve maior valor de especificidade.

Destaca-se que não foi possível comparar esses dados com os achados de outros estudos que tivessem analisado a validade discriminativa de instrumentos de rastreamento

com a mesma finalidade, posto que se configuram como uma lacuna na literatura. Entretanto, a constatação de valores satisfatórios de validade discriminativa tanto para os estressores cumulativos como para os recursos de parentalidade, evidenciam que o conjunto de itens que compõem cada um pode se constituir em instrumentos de rastreio adequados para presença de múltiplos estressores como condição de risco no contexto familiar e de recursos parentais no cuidado com os filhos enquanto condição de proteção.

Tais instrumentos ainda requerem outros estudos psicométricos, sendo os dados dessa análise apenas exploratórios. Nesse sentido, eles mostram as potencialidades dos mesmos para serem utilizados em serviços primários de saúde, auxiliando na identificação de crianças em condições de vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas comportamentais na infância. A relevância da detecção precoce de crianças com predisposições ou susceptibilidades a respostas ou consequências negativas, de acordo com Yunes e Szymanski (2001), está na possibilidade da adoção de estratégias de enfrentamento que amenizem o impacto das adversidades e favoreçam respostas de adaptação.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo examinou as associações entre depressão materna, estressores cumulativos, recursos de parentalidade e problemas comportamentais de crianças em idade escolar, sob a perspectiva teórica da Psicopatologia do Desenvolvimento.

De forma a concluir, serão abordados: 1) os principais resultados relativos às comparações entre os grupos, diferenciados pelo transtorno depressivo recorrente materno, e aos modelos preditivos; e 2) os limites e as contribuições do estudo.

### **6.1 Principais resultados**

As análises de comparação entre os grupos demonstraram perfil sociodemográfico distinto para as crianças que conviviam com a depressão materna recorrente, sendo predominante mães com menor escolaridade (até oito anos de estudo formal) e sem companheiro (monoparentalidade), famílias pertencentes às classes socioeconômicas C e D, e como renda mensal abaixo de três salários mínimos. Contudo, por meio da análise de regressão logística bivariada, constatou-se que tais variáveis não influenciaram os problemas comportamentais das crianças.

Quanto aos indicadores comportamentais das crianças, verificou-se alta taxa de problemas para o total de crianças da amostra e, principalmente, para as crianças do Grupo Depressão. As comparações entre os grupos revelaram diferenças significativas em relação aos escores no Total de Dificuldades e nas escalas de Sintomas Emocionais, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com Colegas do SDQ e à classificação desses em Sem Dificuldade e Com Dificuldade para Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas. Todavia, considera-se importante salientar que algumas crianças do Grupo Comparação também apresentaram problemas comportamentais.

Para as condições de risco e de proteção, os resultados indicaram que as crianças, cujas mães apresentaram história de depressão recorrente, estavam expostas a mais eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos; e a menos recursos do ambiente familiar e de parentalidade, em comparação a crianças cujas mães não apresentaram qualquer transtorno psiquiátrico. Em conformidade com o apontamento relativo à presença de problemas de comportamento também para algumas crianças, cujas mães não apresentavam qualquer transtorno psiquiátrico, o que sugere que, possivelmente, estavam expostas a outras condições de risco pessoais e ambientais, não abordadas pelo estudo.

Em relação as análises de predição univariadas, identificou-se que a gravidade da depressão materna foi preditora de todos os desfechos comportamentais do SDQ, exceto da Hiperatividade. O total estressores cumulativos e o total recursos de parentalidade mostraram-se preditores de todos os desfechos de problemas de comportamento do SDQ, com escores mais altos e mais baixos, respectivamente, se configurando como condições de risco e de proteção para as crianças. A gravidade da depressão materna e os estressores cumulativos apresentaram maior poder preditivo para os Sintomas Emocionais, os Problemas de Relacionamento com Colegas e o Total de Dificuldades. Os recursos de parentalidade tiveram maior poder preditivo para os Sintomas Emocionais e o Total de Dificuldades. Dessa forma, evidenciou-se que todas as variáveis consideradas como preditoras tiveram associação direta, particularmente, com Sintomas Emocionais e problemas comportamentais em geral.

Nas análises de regressão linear multivariadas, avaliou-se o valor preditivo da gravidade da depressão materna, do total estressores cumulativos e do total recursos de parentalidade para os problemas de comportamento do SDQ, sendo observado que tais variáveis concorreram de maneira diferenciada para esses desfechos. A gravidade da depressão materna e os estressores cumulativos foram preditores dos problemas internalizantes (Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas). Os estressores cumulativos mostraram-se preditores do Total de Dificuldades e dos Problemas de Conduta. Os recursos de parentalidade foram preditores de menos sintomas de Hiperatividade. Faz-se importante destacar que os estressores cumulativos permanecerem significativos em quase todos os modelos multivariados, demonstrando o maior impacto da presença de múltiplos riscos, inclusive quando combinado com a depressão materna, enquanto mais uma condição de adversidade no contexto familiar. Além disso, assim como para os modelos de predição simples, essas variáveis preditoras apresentaram maior poder explicativo para os sintomas internalizantes e o total de problemas de comportamento. As análises de regressão logística multinomial indicaram ainda que apenas a gravidade da depressão materna aumentou as chances de problemas internalizantes por parte das crianças.

Quanto as análises de mediação, considerando o total recursos de parentalidade como variável mediadora da associação entre a gravidade da depressão materna e os desfechos de problemas comportamentais do SDQ, essa mostrou-se mediadora somente dos efeitos da depressão materna para o Total de Dificuldades. Neste sentido, indicaram que os recursos de parentalidade podem ser um dos mecanismos explicativos acerca do impacto da depressão materna para os problemas comportamentais das crianças.

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

## 6.2 Limites e contribuições do estudo

Considerando-se os aspectos metodológicos, destacam-se como limites: (a) o delineamento transversal, que não permitiu examinar empiricamente a sequência temporal da influência da depressão materna, das condições de risco (eventos adversos, adversidades crônicas e estressores cumulativos) e de proteção (recursos do ambiente familiar e recursos de parentalidade) para os desfechos comportamentais das crianças; (b) a fonte de informação, visto que as mães foram as únicas informantes de praticamente todas as variáveis deste estudo; (c) a avaliação dos recursos de parentalidade predominantemente por meio de entrevista semiestruturada, não utilizando um instrumento específico e com propriedades psicométricas aferidas; (d) a amostra do Grupo Comparação ter sido proveniente de uma única USF, o que limita a generalização dos resultados.

Ressaltam-se também alguns cuidados metodológicos que colaboraram para qualidade do estudo, a saber: (a) a avaliação sistemática das mães por meio de instrumento diagnóstico (SCID), aferido para a população brasileira; (b) o critério de inclusão para as mães do Grupo Depressão referente a remissão dos sintomas depressivos nos últimos seis meses anteriores a coleta de dados, reduzindo as possíveis influências das manifestações depressivas atuais para o relato das mesmas; (c) a exclusão para o Grupo Depressão de mães com outras comorbidades psiquiátricas além da depressão, possibilitando uma análise mais específica da condição de convivência com a depressão materna; (d) a coleta de dados ter sido realizada por avaliadores treinados, com boa experiência clínica e em avaliação diagnóstica; (e) a sistematização da codificação dos indicadores relativos aos estressores cumulativos e aos recursos de parentalidade, propiciando a concordância entre avaliadores independentes, a qual foi alta; e (f) a codificação e a quantificação de variáveis qualitativas, o que permitiu o tratamento estatístico de todos os dados.

Dentro dos limites apontados, os objetivos propostos para o estudo foram atingidos, evidenciando como principal contribuição a constatação do impacto diferenciado das variáveis gravidade da depressão materna, estressores cumulativos e recursos de parentalidade na predição dos problemas comportamentais de crianças em idade escolar, denotando um peso

distinto de tais variáveis, na predição de diferentes problemas comportamentais. Dessa forma, tais resultados colocaram em foco a multideterminação dos problemas comportamentais na infância.

Destaca-se que os modelos de predição multivariados ao avaliar o efeito combinado da gravidade da depressão materna, dos estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade, ainda que distante, se aproximaram mais da realidade vivenciada pelas famílias da amostra, mostrando-se mais explicativo, com maior poder de predição e, principalmente, revelou que a depressão materna por si só não foi explicativa dos problemas de comportamento na infância.

Faz-se importante enfatizar o maior poder preditivo da gravidade da depressão materna em combinação com os estressores cumulativos para os desfechos internalizantes das crianças, evidenciando que a condição de exposição a múltiplos fatores de risco representa maior impacto para o desenvolvimento dos indivíduos (Evans et al., 2013). Além disso, foi constatado um impacto significativo dos estressores cumulativos para diferentes desfechos comportamentais, o que é sugestivo de que mesmo as crianças que não convivem com a depressão materna podem estar expostas a condições de vulnerabilidade para o seu desenvolvimento.

Assim, considera-se que este estudo contribuiu com o conhecimento sobre o impacto da depressão materna para os problemas comportamentais de escolares, avançando ao analisar o interjogo entre variáveis de risco (depressão materna e estressores cumulativos) e de proteção (recursos de parentalidade), conforme referendado na metanálise de Goodman et al. (2011).

Pondera-se ainda, que o presente estudo, em consonância com o proposto por Psychogiou e Parry (2014), avançou quanto a compreensão sobre os mecanismos sob os quais a depressão materna influencia o comportamento de escolares, ao identificar que os recursos de parentalidade amenizaram o impacto dessa psicopatologia para os problemas comportamentais das crianças, configurando-se como uma variável mediadora.

Como desdobramentos para futuros estudos, pontua-se a relevância do uso de múltiplos informantes, por exemplo, os professores das crianças para ampliação dos contextos de avaliação, e os pais, devido a sua influência no cenário familiar, com destaque para a parentalidade. De forma a ampliar o alcance desses achados, propõe-se a realização de estudos longitudinais que examinem a influência da depressão materna, dos estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade para os problemas comportamentais, com medidas dessas variáveis em diversos momentos da infância. Sugere-se também a proposição de estudos psicométricos, que elaborem e analisem medidas de avaliação sistemática dos

estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade, visando instrumentar a realização de novas pesquisas com medidas comparáveis.

Em relação as implicações para prática clínica, os achados deste estudo podem favorecer o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção em saúde mental materna e infantil, posto que possibilitaram a identificação de crianças mais vulneráveis às condições de adversidade. As crianças que conviviam com a depressão materna recorrente e estavam expostas a condições de risco cumulativo e menos recursos de parentalidade apresentaram maiores chances de ter problemas de comportamento. Portanto, estas crianças deveriam se constituir em alvo dos programas de vários níveis de atenção em saúde, preferencialmente, tendo em vista a prevenção desses desfechos desadaptativos.

Ademais, a constatação do impacto distinto da depressão materna, dos estressores cumulativos e dos recursos de parentalidade para os problemas comportamentais poderá auxiliar no desenvolvimento de programas de orientação de pais que considerem essas variáveis, visando reduzir a exposição a riscos e, prioritariamente, ampliar os recursos parentais de cuidados com os filhos, os quais podem favorecer o enfrentamento das adversidades, atenuando os prejuízos para o desenvolvimento infantil.

Quanto ao alcance da aplicabilidade dos dados, destaca-se que nas análises de mediação, ao se identificar as potencialidades da parentalidade, pode-se considerar que programas de treinamento de habilidades parentais possibilitariam a prevenção e/ou tratamento de problemas comportamentais na infância, já que a parentalidade é passível de aprendizado e pode minimizar os efeitos negativos da depressão materna para o comportamento das crianças.

Pondera-se ainda a maior dificuldade de manejo dos estressores presentes no ambiente familiar, visto que, por vezes são inevitáveis, nesse sentido ao aprender habilidades relativas a parentalidade, os pais podem ser instrumentados para conviver com tais adversidades. Dessa forma, o caminho de ampliação dos fatores de proteção mostra-se mais promissor para o enfrentamento das condições de adversidade.

Ressalta-se a influência negativa da depressão materna mais especificamente para os problemas internalizantes das crianças, o que sinaliza a possibilidade de uma transmissão intergeracional da depressão, requerendo maior atenção dos serviços de saúde não só para as mães com depressão, mas também para os seus filhos.

Para as mães diagnosticadas com transtorno depressivo, considera-se indispensável, que os serviços de saúde mental façam uma avaliação clínica minuciosa em relação a gravidade, recorrência, recaídas, tratamento e tempo de exposição da criança à sintomatologia

materna, bem como das demais condições contextuais associadas, como a presença de estressores cumulativos no ambiente familiar e as práticas parentais adotadas no cuidado com os filhos. Outra estratégia interessante seria a aplicação de instrumentos de rastreamento da depressão como parte de cuidados às mães desde a gravidez, pois a identificação precoce e o tratamento da depressão materna, pode prevenir problemas comportamentais dos filhos.

Tendo por base que as crianças da presente amostra estavam na idade escolar, o ensino de práticas parentais no contexto escolar pode contribuir para redução de problemas comportamentais, bem como se constituir em ações de promoção para o desenvolvimento das crianças.

Frente a essas considerações, conclui-se, que dentro de seus limites metodológicos, este estudo colaborou para o reconhecimento das condições contextuais de risco e de proteção no ambiente familiar que influenciam o comportamento de escolares, que convivem com mães com transtorno depressivo recorrente. Contribuiu ainda para subsidiar o planejamento de ações e programas em saúde mental, que abarquem indicadores relativos aos estressores cumulativos e aos recursos de parentalidade, com intuito de favorecer o desenvolvimento das crianças.

# REFERÊNCIAS<sup>5</sup>

---

---

<sup>5</sup> 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 Psychiatry*, 49(3), 251-275. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Acri, M. C., Bornheimer, L. A., Hamovitch, E., & Lambert, K. (2018). An examination of the relationship between maternal depression and barriers to child mental health services. *Children and Youth Services Review*, 93, 270-275. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.08.004
- Agnafors, S., Svedin, C. G., Orelund, L., Bladh, M., Comasco, E., & Sydsjö, G. (2017). A biopsychosocial approach to risk and resilience on behavior in children followed from birth to age 12. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(4), 584-596. doi: 10.1007/s10578-016-0684-x
- Ahun, M. N., Consoli, A., Pingault, J. B., Falissard, B., Battaglia, M., Boivin, M. ... Côté, S. (2017). Maternal depression symptoms and internalising problems in the offspring: the role of maternal and family factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(7), 921-932. doi: 10.1007/s00787-017-1096-6
- Alvarenga, P., Weber, L. N. D., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 4-21. Recuperado em 10 de fevereiro de 2017, de <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/827/456>
- 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

- Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M., Araújo, C. L., & Rohde L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*, 135-140. doi: 10.1007/s00127-009-0052-2
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- 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
- Atkinson, L., Beitchman, J., Gonzalez, A., Young, A., Wilson, B., Escobar, M., ... Villani, V. (2015). Cumulative risk, cumulative outcome: a 20-year longitudinal study. *PloS one*, *10*(6), e0127650. doi:10.1371/journal.pone.0127650
- Atlas do desenvolvimento humano no Brasil (2013). *Perfil municipal Ribeirão Preto*. In Programa das nações unidades para o desenvolvimento, Instituto de pesquisa econômica aplicada e fundação João Pinheiro. Recuperado em 24 de fevereiro de 2019, de [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/ribeirao-preto\\_sp](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ribeirao-preto_sp)
- Aunola, K., Ruusunen, A.-K., Viljaranta, J., & Nurmi, J.-E. (2013). Parental affection and psychological control as mediators between parents' depressive symptoms and child distress. *Journal of Family Issues*, *36*(8), 1022-1042. doi: 10.1177/0192513X13494825
- 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
- Belsky, J., & Jaffee, S. (2006). The multiple determinants of parenting (2nd ed). In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp.38-77). New York: Wiley.
- 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

- Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52(1), 211-229. doi: 10.14195/1647-8606\_52-1\_10
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1973). The development of instrumental competence through socialization. In A. Pick (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 7, pp. 3-46). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento* (9a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. A. (1998). A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: G. Romanelli & Z. M. M. Biasoli-Alves (Orgs.) *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (p. 135-57). Ribeirão Preto, SP: Legis Summa.
- Bödeker, K., Fuchs, A., Führer, D., Kluczniok, D., Dittrich, K., Reichl, C., . . . Resch, F. (2018). Impact of maternal early life maltreatment and maternal history of depression on child psychopathology: mediating role of maternal sensitivity? *Child Psychiatry and Human Development*, 50(2), 278-290. doi: 10.1007/s10578-018-0839-z
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2011). Práticas educativas parentais e repertório comportamental infantil: comparando crianças diferenciadas pelo comportamento. *Paidéia*, 21(48), 61-71. doi: 10.1590/S0103-863X2011000100008
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2016). Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico*, 47(2), 111-120. doi: 10.15448/1980-8623.2016.2.20806
- Bouvette-Turcot, A. A., Unternaehrer, E., Gaudreau, H., Lydon, J. E., Steiner, M., Meaney, M. J., & MAVAN Research Team. (2017). The joint contribution of maternal history of early adversity and adulthood depression to socioeconomic status and potential relevance for offspring development. *Journal of affective disorders*, 207, 26-31. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.012

- 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
- 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
- Campbell, S. B., Morgan-Lopez, A. A., Cox, M. J., & McLoyd, V. C. (2009). A latent class analysis of maternal depressive symptoms over 12 years and offspring adjustment in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 479-493. doi: 10.1037/a0015923
- 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
- Castelao, C. F., & Kroner-Herwig, B. (2014). Developmental trajectories and predictors of externalizing behavior: a comparison of girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(5), 775-789. doi:10.1007/s10964-013-0011-9
- Centro de Excelência para o Desenvolvimento da Primeira Infância [CEDPI] (2013). Depressão materna. In *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – B&C Revisão de Textos e Sem Fronteiras, trad., A. Schneider, rev. técnica). Recuperado em 15 de fevereiro de 2017, de <http://www.encyclopedia-crianca.com/depressao-materna>
- Chen, M., Johnston, C., Sheeber, L., & Leve, C. (2009). Parent and adolescent depressive symptoms: The role of parental attributions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(1), 119-130. doi:10.1007/s10802-008-9264-2

- Cheung, K., Aberdeen, K., Ward, M. A., & Theule, J. (2018). Maternal depression in families of children with ADHD: a meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 27(4), 1015-1028. doi: 10.1007/s10826-018-1017-4
- Choe, D. E., Olson, S. L., & Sameroff A. J. (2013). Effects of early maternal distress and parenting on the development of children's self-regulation and externalizing behavior. *Development and Psychopathology*, 25(2), 437-53. doi: 10.1017/S0954579412001162
- Choi, K. W., Houts, R., Arseneault, L., Pariante, C., Sikkema, K. J., & Moffitt, T. E. (2018). Maternal depression in the intergenerational transmission of childhood maltreatment and its sequelae: testing postpartum effects in a longitudinal birth cohort. *Development and psychopathology*, 31(1), 143-156. doi:10.1017/S0954579418000032
- Cid, M., & Matsukura, T. (2014). Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(1), 1-10. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v25i1p1-10
- Cione, G. F. (2016). *The relationship between maternal depression and negative outcomes in children: parenting deficits' impact on children's emotional regulation and behavioral expression*. Dissertation, Graduate Center, City University of New York. *CUNY Academic Works*. Recuperado em 4 de março de 2019, de [https://academicworks.cuny.edu/gc\\_etds/889/](https://academicworks.cuny.edu/gc_etds/889/)
- Closa-Monasterolo, R., Gispert-Llaurado, M., Canals, J., Luque, V., Zaragoza-Jordana, M., Koletzko, B., ... Subías, J. E. (2017). The effect of postpartum depression and current mental health problems of the mother on child behaviour at eight years. *Maternal and Child Health Journal*, 21(7), 1563-1572. doi: 10.1007/s10995-017-2288-x
- Conboy, J. E. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 2(XXI): 145-158. Recuperado em 11 de abril de 2017, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a02.pdf>
- Conners-Burrow, N. A., McKelvey, L., Perry, D., Whiteside-Mansell, L., Kraleti, S., Mesman, G. ... Kyzer, A. (2016). Low-level symptoms of depression in mothers of young children are associated with behavior problems in middle childhood. *Matern Child Health Journal*, 20(3), 516-524. doi:10.1007/s10995-015-1849-0
- Corona, M., McCarty, C., Cauce, A. M., Robins, R. W., Widaman, K. F., & Conger, R. D. (2012). The relation between maternal and child depression in mexican american families. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 34(4), 539-556. doi: 10.1177/0739986312455160

- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process*. New York: The Guilford Press.
- 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
- D'Abreu, L. C. F., & Marturano, E. M. (2011). Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA. *PSICO*, 42(2),152-158. Recuperado em 10 de fevereiro de 2017, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8487/6516>
- 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
- Detle-Hagenmeyer, D. E., & Reichle, B. (2013). Parents' depressive symptoms and children's adjustment over time are mediated by parenting, but differentially for fathers and mothers. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(2), 196-210. doi: 10.1080/17405629.2013.848789
- Dow-Fleisner, S. J. (2017). *Defying the odds: Child health and wellbeing in the context of maternal depression*. Thesis, School of Social Work, Boston College. Recuperado em 4 de março de 2019, de <https://dlib.bc.edu/islandora/object/bc-ir%3A107610>

- 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. Recuperado em 10 de março de 2015, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11346049>
- Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Holland, K. A., & Frankling, E. J. (2012). The contribution of parenting practices and parent emotion factors in children at risk for disruptive behavior disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 715-733. doi: 10.1007/s10578-012-0290-5
- 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
- Ettekal, I., Eiden, R. D., Nickerson, A. B., Molnar, D. S., & Schuetze, P. (2019). Developmental cascades to children's conduct problems: The role of prenatal substance use, socioeconomic adversity, maternal depression and sensitivity, and children's conscience. *Development and Psychopathology*, 1, 1-19. doi: 10.1017/S095457941800144X
- Evans G. W., Li D., & Whipple S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6): 1342-1396. doi: 10.1037/a0031808

- 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
- 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
- Ferrioli, 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
- Fiuza, D. R., & Golanoski Junior, L. C. (2018). Depressão: aspectos relevantes. *RESO: Revista de Estudos Sociais, Guarapuava*, 1(1), 3-17. Recuperado em 4 de março de 2019, de <http://revista.camporeal.edu.br/index.php/reso/issue/view/1>
- 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.
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 727-734. doi: 10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca
- Forehand, R., Thigpen, J. C., Parent, J., Hardcastle, E. J., Bettis, A., & Compas, B. E. (2012). The role of parent depressive symptoms in positive and negative parenting in a preventive intervention. *Journal of Family Psychology: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 26(4), 532-541. doi: 10.1037/a0028406
- 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
- Gallitto, E. (2015). Temperament as a moderator of the effects of parenting on children's behavior. *Developmental Psychopathology*, 27(3), 757-773. doi:10.1017/S0954579414000753
- 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
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30284-X
- 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
- Ghandour, R. M., Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Jones, J. R., & Perrin, J. M. (2012). Mental health conditions among school-aged children: Geographic and sociodemographic patterns in prevalence and treatment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(1), 42-54. doi: 10.1097/DBP.0b013e31823e18fd
- 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(2), 115-125. doi: 10.1007/s00737-014-0411-1
- Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito, F. & Nicholson, J. M. (2014). Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 40(3), 327-336. doi: 10.1111/cch.12028

- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais*. Modelo teórico: Manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Vozes.
- Gonçalves, A. M. C., Teixeira, M. T. B., Gama, J. B. A., Lopes, C. S., Silva, G. A., Gamarra, C. J., ... , Machado, M. L. S. M. (2018). Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2),101-109. doi: 10.1590/0047-2085000000192
- 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
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1179-1191. doi:10.1007/s10802-0109434-x
- 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
- 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

- Hair, Jr., J. H., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados* (5a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- 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
- Hammen, C., Bistricky, S. L., & Ingran, R. (2010). Vulnerability to depression in adulthood. In R. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology – Risks across the lifespan* (pp. 248-281). New York: Guilford Press.
- 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. E., Krill, S. C., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2015). Predicting externalizing and internalizing behavior in kindergarten: examining the buffering role of early social support. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 44(4)*, 640-654. doi: 10.1080/15374416.2014.886254
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (1989). Assessing the fit of the model. In: D. W. Hosmer & S. Lemeshow, *Applied Logistic Regression* (pp. 135-173). New York: John Wiley and Sons.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2010). *IBGE Cidades*. Recuperado em 24 de fevereiro de 2019, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>
- Jacobs, R. H., Talati, A., Wickramaratne, P., & Warner, V. (2015). The influence of paternal and maternal major depressive disorder on offspring psychiatric disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2345-2351. doi: 10.1007/s10826-014-0037-y
- 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

- Juliano, M. C. C., & Yunes, M. A. M. (2014). Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade, 17*(3), 135-154. doi: 10.1590/S1414-753X2014000300009
- 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
- Keyser, D., Ahn, H., & Unick, J. (2017). Predictors of behavioral problems in young children 3 to 9 years old: The role of maternal and child factors. *Children and Youth Services Review, 82*, 149-155. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.09.018
- Klein, A. M., Schlesier-Michel, A., Otto, Y., White, L. O., Andreas, A., Sierau, S., ... von Klitzing, K. (2018). Latent trajectories of internalizing symptoms from preschool to school age: a multi-informant study in a high-risk sample. *Development and Psychopathology, 31*(2), 657-681. doi: 10.1017/S0954579418000214
- Kluczniok, D., Boedeker, K., Fuchs, A., Attar, C. H., Fydrich, T., Fuehrer, D., ... BERPpohl, F. (2016). Emotional availability in mother-child interaction: the effects of maternal depression in remission and additional history of childhood abuse. *Depression and Anxiety, 33*(7), 648-657. doi: 10.1002/da.22462
- Kopala-Sibley, D. C., Jelinek, C., Kessel, E. M., Frost, A., Allmann, A. E. S., & Klein, D. N. (2017). Parental depressive history, parenting styles, and child psychopathology over 6 years: the contribution of each parent's depressive history to the other's parenting styles. *Development and Psychopathology, 29*(4), 1469-1482. doi:10.1017/S0954579417000396
- 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

- Kuckertz, J. M., Mitchell, C., & Wiggins, J. L. (2018). Parenting mediates the impact of maternal depression on child internalizing symptoms. *Depression and Anxiety, 35*(1), 89-97. doi: 10.1002/da.22688
- Laurin, J. C., Joussemet, M., Tremblay, R. E., & Boivin, M. (2015). Early forms of controlling parenting and the development of childhood anxiety. *Journal of Child and Family Studies, 24*(11), 3279-3292. doi:10.1007/s1082
- Lee, C.-Y. S., Lee, J., & August, G. J. (2011). Financial stress, parental depressive symptoms, parenting practices, and children's externalizing problem behaviors: underlying processes. *Family Relations, 60*(4), 476-490. doi: 10.1111/j.1741-3729.2011.00656.x
- Lei n. 8.213/91, de 24 de julho de 1991. (1991, 24 de julho). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado em 20 de março de 2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm)
- 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
- Letourneau, N. L., Tramonte, L., & Willms, J. D. (2013). Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of Pediatric Nursing, 28*(3), 223-234. doi: 10.1016/j.pedn.2012.07.014
- 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

- Lopes, C. S., Hellwig, N., Silva, G. A., & Menezes, P. R. (2016). Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 154. doi:10.1186/s12939-016-0446-1
- 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
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592. doi:10.1016/S0272-7358(98)00100-7
- Macana, E. C., & Comim, F. (2015). O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância. In G. A. Pluciennik, M. C. Lazzari, & Chicaro, M. F. (Orgs.), *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: Parentalidade em foco* (pp. 34- 47). São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.
- 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. Recuperado em 15 de fevereiro de 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v62n1/v62n1a13.pdf>
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington (Org.), *Handbook of child psychology* (v. 4, pp. 1-110). New York: Wiley.
- 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. Recuperado em 15 de fevereiro de 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v13n2/v13n2a02.pdf>
- Markowitz, J. (2008). Depressed mothers, depressed children. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1086-1088. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08060861
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS* (6a ed.). Pero Pinheiro, Portugal: Ed. Reportnumber.
- Mars, B., Collishaw, S., Smith, D., Thapar, A., Potter, R., Sellers, R., ... Thapar, A. (2012). Offspring of parents with recurrent depression: which features of parent depression index risk for offspring psychopathology? *Journal of Affective Disorders*, 136(1-2), 44-53. doi: 10.1016/j.jad.2011.09.002

- 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 (Orgs.) *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 (Orgs.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 22-43). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345-361. doi: 10.1017/S095457941200003X
- Mathis, E. T. B. (2017). *Maternal depression, negative parenting practices, and child oppositional-aggression: bidirectional influences over time*. Thesis, Graduate School, Pennsylvania State University. Recuperado em 4 de março de 2019, de <https://etda.libraries.psu.edu/catalog/4q77fr32b>
- 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. Recuperado em 15 de fevereiro de 2017, de <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/AMSA-8BCKKK>
- 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: 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

- McCullough, C., & Shaffer, A. (2014). Maternal depressive symptoms and child externalizing problems: moderating effects of emotionally maltreating parenting behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 389-398. doi: 10.1007/s10826-013-9804-4
- Melchior, M., & van der Waerden, J. (2016). Parental influences on children's mental health: The bad and the good sides of it [Editorial]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 805-807. doi: 10.1007/s00787-016-0891-9
- Melegari, M. G., Bruni, O., Sacco, R., Barni, D., Sette, S., & Donfrancesco, R. (2018). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents. *Psychiatry Research*, 270, 780-785. doi: 10.1016/j.psychres.2018.10.078
- 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 maternal e o comportamento de crianças em idade escolar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 29-37. doi: 10.1590/S0102-37722009000100004
- Molina, M. R. A. L., Wiener, C. D., Branco, J. C., Jansen, K., Souza, L. D. M. D., Tomasi, E., & Pinheiro, R. T. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6), 194-97. doi: 10.1590/S0101-60832012000600003
- Muniz, M., Gomes, C. M. A., & Pasian, S. R. (2016). Factor structure of Raven's Coloured Progressive Matrices. *Psico-USF*, 21(2), 259-272. doi: 10.1590/1413-82712016210204
- 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
- Nantel-Vivier, A., Pihl, R. O., Côté, S., & Tremblay, R. E. (2014). Developmental association of prosocial behaviour with aggression, anxiety and depression from infancy to

- preadolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10), 1135-1144. doi: 10.1111/jcpp.12235
- Nicholson, J., & Clayfield, J. C. (2004). Responding to depression in parents. *Pediatric Nursing*, 30(2), 136-142. Recuperado em 10 de fevereiro de 2017, de <http://search.proquest.com/openview/46ba3b4a304b153dda8d68ff0357e9a8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47659>
- O'Connor, T. G. (2002). Annotation: The effects of parenting reconsidered: funding, challenges and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 555-572. doi: 10.1111/1469-7610.00046
- O'Connor, E. E., Langer, D. A., & Tompson, M. C. (2017). Maternal depression and youth internalizing and externalizing symptomatology: severity and chronicity of past maternal depression and current maternal depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 557-568. doi: 10.1007/s10802-016-0185-1
- Olino, T. M., McMakin, D. L., Nicely, T. A., Forbes, E. E., Dahl, R. E., & Silk, J. S. (2016). Maternal depression, parenting, and youth depressive symptoms: Mediation and moderation in a short-term longitudinal study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(3), 279-290. doi: 10.1080/15374416.2014.971456
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1989/2014). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Recuperado em 10 de maio de 2017, de [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/)
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2018). *Depression*. Recuperado em 16 de abril de 2019, de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 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
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2010). *Desenvolvimento humano* (10a ed.). Porto Alegre: AMGH.

- 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., Coutinho, E. S., Mari, J. J., Rohde, L. A., Miguel, E. C., & Bordin, I. A. (2015). Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Brazilian Journal of Psychiatry, 37*(2), 178-179. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1606
- 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. (2011a). Interaction effects between maternal lifetime depressive/anxiety disorders and correlates of children's externalizing symptoms. *Journal of Child and Family Studies, 20*(5), 596-604. doi: 10.1007/s10826-010-9433-0
- Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M. & Berthiaume, C. (2011b). Maternal lifetime depressive/anxiety disorders and children's internalizing symptoms: The importance of family context. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 20*(3), 176-185. Recuperado em 17 de junho de 2015, de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143693/pdf/ccap20\\_3p176.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143693/pdf/ccap20_3p176.pdf)
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo, 9*(1), 67-75. doi: 10.1590/S1413-73722004000100009
- 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

- Polanczyk, G. V., Salum, G., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 345-365. doi: 10.1111/jcpp.12381
- Priel, A., Djalovski, A., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2018). Maternal depression impacts child psychopathology across the first decade of life: oxytocin and synchrony as markers of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(1), 30-42. doi: 10.1111/jcpp.12880
- 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
- Rakow, A., Forehand, R., McKee, L., Coffelt, N., Champion, J., Fear, J. & Compas, B. (2009). The relation of parental guilt induction to child internalizing problems when a caregiver has a history of depression. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(4), 367-377. doi: 10.1007/s10826-008-9239-5
- 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. Recuperado em 18 de junho de 2015, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-05112012-200043/pt-br.php>
- Reising, M. M., Watson, K. H., Hardcastle, E. J., Merchant, M. J., Roberts, L., Forehand, R., & Compas, B. E. (2013). Parental depression and economic disadvantage: the role of parenting in associations with internalizing and externalizing symptoms in children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *22*(3), 1-16. doi: 10.1007/s10826-012-9582-4
- Reuben, J., & Shaw, D. (2015). Resilience in the offspring of depressed mothers: variation across risk, domains, and time. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *18*(4), 300-327. doi:10.1007/s10567-015-0195-5
- 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
- Rocha-Almeida, L. G. R., & Faro, A. (2016). Levantamento e principais achados de estudos nacionais sobre a depressão. *Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação*, *2*(1), 1-16.

Recuperado em 20 de maio de 2017, de <https://seer.ufs.br/index.php/revipi/article/view/5066/4384>

- Ruberry, E. J., Klein, M. R., Kiff, C. J., Thompson, S. F., & Lengua, L. J. (2018). Parenting as a moderator of the effects of cumulative risk on children's social-emotional adjustment and academic readiness. *Infant and Child Development*, 27(3), 1-18. doi: 10.1002/icd.2071
- Rutter, M. (1967). Children's Behavior Questionnaire for completion by the teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8(1):1-11. doi: 10.1111/j.1469-7610.1967.tb02175.x
- Rutter, M. (1978). Family, area and school influences in the genesis of conduct disorders. In: L. A. Hersov, M. Berger, & D. Shaffer (Orgs). *Aggression and Anti-social Behavior in Childhood and Adolescence* (pp. 95-113). Book Suppl J Child Psychol Psychiatr. Oxford: Pergamon.
- 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
- Sagiv, S. K., Epstein, J. N., Bellinger, D. C., & Korricks, S. A. (2013). Pre- and postnatal risk factors for ADHD in a nonclinical pediatric population. *Journal of Attention Disorders*, 17(1), 1-19. doi: 10.1177/1087054711427563
- Salvo, C. G. de, Silveira, E. F. de M., & Toni, P. M. de. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(2), 187-195. doi: 10.1590/S0103-166X2005000200008
- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12(3), 297-312. doi: 10.1017/S0954579400003035
- 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.

- Saputraa, F., Yunibhandb, J., & Sukratul, S. (2017). Relationship between personal, maternal, and familial factors with mental health problems in school-aged children in Aceh province, Indonesia. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 207-212. doi:10.1016/j.ajp.2016.10.025
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire: a literature review. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619-629. doi:10.1590/S0103-166X2012000400016
- Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Azevedo e Silva, G., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M. ... Menezes, P. R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, 377, 1949-1961. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9
- 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., Sitnick, S. L., Reuben, J., Dishion, T. J., & Wilson, M. N. (2016). Transactional effects among maternal depression, neighborhood deprivation, and child conduct problems from early childhood through adolescence: a tale of two low-income samples. *Development and Psychopathology*, 28(3), 819-836. doi: 10.1017/S095457941600033X
- 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
- Shelleby, E. C., Votruba-Drzal, E., Shaw, D. S., Dishion, T. J., & Wilson, M. N. (2014). Income and children's behavioral functioning: a sequential mediation analysis. *Journal of Family Psychology*, 28(6), 936-946. doi: 10.1037/fam0000035
- Silva, A. P. C. (2014). *Depressão materna e comportamento de crianças: estressores, práticas parentais positivas e suporte social*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- 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), 397-405. doi: 10.1590/S1413-294X2013000200010

- 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(4), 795-809. doi: 10.1037/a0026847
- Stein, L. M. (1994). *TDE: Teste de desempenho escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. A. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 254-274, 2010. doi: 10.1007/s10567-010-0071-2
- Swartz, H. A., Cyranowski, J. M., Cheng, Y., & Amole, M. (2018). Moderators and mediators of a maternal depression treatment study: impact of maternal trauma and parenting on child outcomes. *Comprehensive Psychiatry*, 86, 123-130. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.08.001
- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 205, 44-59. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.012
- 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
- Thomas, S. R., O'Brien, K. A., Clarke, T. L., Liu, Y., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Maternal depression history moderates parenting responses to compliant and noncompliant behaviors of children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1257-1269. doi: 10.1007/s10802-014-9957-7

- 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. Recuperado em 15 de fevereiro de 2017, de [https://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2010\\_2\\_2.pdf](https://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2010_2_2.pdf)
- Trepat, E., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2014). Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and oppositional defiant disorder in preschoolers. *Psicothema*, 26(4), 497-504. doi: 10.7334/psicothema2014.102
- Vakrat, A., Apter-Levy, Y., & Feldman, R. (2018). Sensitive fathering buffers the effects of chronic maternal depression on child psychopathology. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(5), 779-785. doi: 10.1007/s10578-018-0795-7
- Valdez, C. R., Shewakramani, V., Goldberg, S., & Padilla, B. (2013). Parenting influences on latino children's social competence in the first grade: parental depression and parent involvement at home and school. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(5), 646-657. doi: 10.1007/s10578-013-0358-x
- Vameghi, R., Akbari, S. A. A., Sajjadi, H., Sajedi, F., & Alavimajd, H. (2018). Path analysis of the association between socio-economic status, anxiety, perceived stress, social support and women's depression. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(3), 283-289. doi: 10.15296/ijwhr.2018.47
- van der Molen, E., Hipwell, A. E., Vermeiren, R., & Loeber, R. (2012). Cumulative effects of mothers' risk and promotive factors on daughters' disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 727-739. doi: 10.1007/s10802-011-9595-2
- 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
- van Doorn, M. M. E. M., Kuijpers, R. C. W. M., Lichtwarck-Aschoff, A., Bodden, D., Jansen, M., & Granic, I. (2016). Does mother-child interaction mediate the relation between maternal depressive symptoms and children's mental health problems? *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1257-1268. doi:10.1007/s10826-015-0309-1
- Vafaenejad, Z., Elyasi, F., Moosazadeh, M., & Shahhosseini, Z. (2018). Psychological factors contributing to parenting styles: a systematic review [version 1; peer review: 1 approved with reservations, 1 not approved]. *F1000Research*, 7:906. doi: 10.12688/f1000research.14978.1

- 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 school children. *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 (Ed.), *Fortalecendo a Resiliência Familiar* (pp. 3-23). São Paulo: Roca.
- Wang, Y. (2018). Intergenerational transmission of depressive symptoms: the role of parental negative perceptions and behaviors. *Child psychiatry and human development*, 49(1), 123-136. doi: 10.1007/s10578-017-0734-z
- 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
- Wei, C., Swan, A. J., Makover, H. B., & Kendall, F. C. (2017). A multi-informant examination of maternal symptoms and autonomy granting in youth anxiety. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(6), 1001-1009. doi:10.1007/s10578-017-0722-3
- 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
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Pilowsky, D. J., Poh, E., Batten, L. A., Hernandez, M., ... Stewart, J. W. (2015). Treatment of maternal depression in a medication clinical trial and its effect on children. *The American journal of psychiatry*, 172(5), 450-459. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13121679
- Winsper, C., Wolke, D., & Lereya, T. (2015). Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11–12 years. *Psychological Medicine*, 45(5), 1025-1037. doi: 10.1017/S0033291714002128
- 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

- Wolford, S. N., Cooper, A. N., & McWey, L. M. (2018). Maternal depression, maltreatment history, and child outcomes: the role of harsh parenting. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(2), 181-191. doi: 10.1037/ort0000365.
- Yan, N., Zhou, N., & Ansari, A. (2016). Maternal depression and children's cognitive and socio-emotional development at first grade: the moderating role of classroom emotional climate. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1247-1256. doi: 10.1007/s10826-015-0301-9
- 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
- Zalewski, M., Thompson, S. F., & Lengua, L. J. (2017). Parenting as a moderator of the effects of maternal depressive symptoms on preadolescent adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(4), 563-572. doi: 10.1080/15374416.2015.1030752

# 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: \_\_\_\_\_

Posse de Itens	Especificar quantidade
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 do perfil clínico das mães com depressão  
recorrente**

<b>Variáveis</b>	<b>Critério utilizado</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Último Episódio</b>	Moderado	1
	Grave	2
<b>Sintomas Psicóticos</b>	Ausente	0
	Presente	1
<b>Internações Psiquiátricas</b>	Ausente	0
	Presente	1
<b>Ideação suicida</b>	Ausente	0
	Presente	1
<b>Tentativa de suicídio</b>	Ausente	0
	Presente	1
<b>Número de recorrências</b>	Duas crises	0
	Três ou mais crises	1
<b>Percepção materna da situação atual</b>	Positiva e Positiva com recaídas	0
	Positiva ou Negativa com prejuízos	1
<b>Total</b> <b>(Pontuação Máx. = 8)</b>		

**APÊNDICE C – Codificação e pontuação das variáveis relativas aos estressores cumulativos**

Variáveis	Pontuação		
	0	1	2
Estressores Cumulativos	Critérios utilizados		
<b>A. Contexto geral</b>			
(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) Classificação socioeconômica	A e B	C	D
(5) Escolaridade da mãe	Mãe com mais de oito anos de estudo	-	Mãe com até oito anos de estudo
(6) 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
(7) 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
(8) 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>Total = (Pontuação Máx. = 16)</b>			
<b>B. Contexto familiar</b>			
(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

Variáveis	Pontuação		
	0	1	2
Estressores Cumulativos	Critérios utilizados		
<b>B. Contexto familiar</b>			
(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
<b>Total = (Pontuação Máx. = 24)</b>			
<b>C. Situações relacionadas às crianças</b>			
(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

Variáveis	Pontuação		
	0	1	2
<b>Estressores Cumulativos</b>	<b>Critérios utilizados</b>		
<b>C. Situações relacionadas às crianças</b>			
(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
<b>Total = (Pontuação Máx. = 10)</b>			
<b>D. Interações familiares</b>			
(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
<b>Total = (Pontuação Máx. = 12)</b>			
<b>TOTAL (SOMA DAS PONTUAÇÕES EM TODAS CATEGORIAS) = (Pontuação Máx. = 62)</b>			

Conclusão.

**APÊNDICE D – Codificação e pontuação das variáveis relativas aos recursos de parentalidade**

<b>RECURSOS DE PARENTALIDADE</b>	
<b>Cuidados Maternos</b>	
<b>QUESTÕES E CATEGORIAS</b>	<b>Pontuação – ausente = 0 e presente = 1</b>
1. Como você avalia os cuidados que vem tendo com seu(ua) filho(a) nos últimos 12 meses?	
1.1- Realiza cuidados práticos e materiais (alimentação, acompanhamento escolar, higiene, saúde, necessidades de consumo – roupas, calçados e brinquedos)	
1.2- Oferece cuidados afetivos	
1.3- Supervisiona e/ou acompanha as atividades diárias da criança	
2. Quem é a pessoa que permanece com seu(ua) filho(a) a maior parte do tempo?	
2.1- Criança /permanece com pai/mãe	
2.2- Criança permanece com outros adultos familiares	
2.3- Criança permanece em instituição	
3. Em relação ao seu filho, ele tem rotinas a seguir? Descreva um dia típico de seu(ua) filho(a). (Frequência e regularidade)	
3.1- Filho tem rotina durante a semana	
3.2- Filho tem rotina aos finais de semana	
3.3- Tem flexibilidade da rotina do filho diante de imprevistos	
4. Em relação ao seu filho, ele tem rotinas a seguir? Descreva um dia típico de seu(ua) filho(a). (Tipos de rotinas)	
4.1- Filho tem rotina alimentar/sono	
4.2- Filho tem rotina de cuidados de higiene	
4.3- Filho tem rotina de lazer e escolar	
5. Pensando em seu dia a dia, como você decide o que fazer e o que não fazer? Você se planeja?	
5.1- Planejamento das próprias atividades	
5.2- Planejamento das atividades da família	
5.3- Planejamento das atividades da criança	

Continua

Continuação

<b>RECURSOS DE PARENTALIDADE</b>		
<b>Cuidados Maternos</b>		
<b>QUESTÕES E CATEGORIAS</b>	<b>Pontuação – ausente = 0 e presente = 1</b>	
6. Como está dividido seu tempo no que se refere ao seu trabalho (em casa e fora de casa, quando tiver) e às necessidades familiares?		
6.1- Distribui o tempo, conseguindo dar atenção às necessidades familiares		
6.2- Distribui o tempo, inclusive com os cuidados do filho		
6.3- Distribui o tempo, conseguindo dedicar-se ao relacionamento conjugal		
7. Quais são seus compromissos com sua família?		
7.1- Cuidados com os filhos		
7.2- Gerenciamento do lar/estabelecimento de rotinas		
7.3- Compromisso financeiro		
8. Frente a dificuldades sérias ou que se repetiram em sua vida, as atividades que você costuma realizar com seu(ua) filho(a) ficaram diferentes ou se alteraram? Quais atividades ficaram diferentes?		
8.1- Manutenção das atividades recreativas e de lazer		
8.2- Manutenção quanto ao acompanhamento escolar		
8.3- Manutenção dos cuidados diários (banho, refeições...)		
9. Você consegue perceber quando seu(ua) filho(a) está precisando de ajuda? Como?		
9.1- Percebe as situações que a criança precisa de ajuda		
9.2- Percebe sem que a criança verbalize a necessidade		
9.3- Oferece ajuda		
10. Do que você acha que seu(ua) filho(a) precisa?		
10.1- Cuidados básicos e materiais		
10.2- Atenção e carinho		
10.3- Condições que favoreçam seu desenvolvimento (limites, bem-estar e autonomia)		
	<b>Total</b> <b>(Pontuação Máx. = 30)</b>	

Continua

Continuação

<b>RECURSOS DE PARENTALIDADE</b>	
<b>Cuidados Paternos</b>	
<b>QUESTÕES E CATEGORIAS</b>	<b>Pontuação – ausente = 0 e presente = 1</b>
1. Participação paterna na supervisão da criança	
1.1 Quem é a pessoa que permanece com o seu(ua) filho a maior parte do tempo? 1.1- Pai como um dos principais supervisores da criança	
1.2 Quem define para seu(ua) 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? 1.2- Pai como quem monitora a criança	
2. Participação paterna em atividades com o filho	
2.1- Passear	
2.2- Brincar e/ou jogar	
2.3- Assistir filmes e/ou TV	
3. Atividades que o pai desenvolve junto com o filho em casa	
3.1- Ler para criança	
3.2- Conversar e contar/ouvir histórias	
3.3- Realizar tarefas domésticas	
4. Acompanhamento dos afazeres da escola pelo pai	
4.1- Verificar material escolar e avisar horário de ir para escola	
4.2- Supervisionar as lições de casa e estudo para prova	
4.3- Participar em reuniões escolares e acompanhar as notas e frequência	
	<b>TOTAL (Pontuação Máx. = 11)</b>
<b>Estabelecimento de Regras</b>	
<b>QUESTÕES E CATEGORIAS</b>	<b>Pontuação – ausente = 0 e presente = 1</b>
1. Quem define para o seu(ua) filho(a) o que pode e o que não pode fazer?	
1.1- Outros familiares definem regras	
1.2- Mãe ou pai definem regras	
1.3- Mãe e pai definem regras em conjunto	

Continua

Continuação

<b>RECURSOS DE PARENTALIDADE</b>		
<b>Estabelecimento de Regras</b>		
<b>QUESTÕES E CATEGORIAS</b>	<b>Pontuação – ausente = 0 e presente = 1</b>	
2. Quando seu(ua) filho(a) não obedece, como você reage?		
2.1- Conversa, explicando regras e consequências		
2.2- Conversa, retira privilégios e/ou coloca de castigo		
2.3- Não faz uso de ameaça ou punição		
		<b>Total (Pontuação Máx. = 6)</b>
<b>Apoio Social</b>		
<b>QUESTÕES E CATEGORIAS</b>	<b>Pontuação – ausente = 0 e presente = 1</b>	
1. Em situações relacionadas ao seu(ua) filho, você recorre a alguém quando precisa de ajuda ou opinião? A quem?		
1.1- Pai da criança como suporte à mãe		
1.2- Apoio de outro membro familiar, que não o pai da criança		
1.3- Apoio social de pessoas de fora da família		
2. Você considera que seus rendimentos (salário, ganhos, dinheiro que advém de seu trabalho) são suficientes para sua família? E o total de rendimentos (ganhos) de sua família?		
2.1- Renda familiar suficiente para as necessidades básicas da família		
2.2- Renda familiar excedente para além das necessidades básicas		
2.3- Ausência de dependência econômica de outros familiares ou instituições		
3. Quais os serviços da comunidade (educacionais, religiosos, de saúde, de esporte e lazer, sócio assistenciais e comunitários) que podem ajudá-la ou à sua família?		
3.1- Conhece a rede de serviços comunitários		
3.2- Utiliza a rede de serviços comunitários		
3.3- Considera satisfatória a rede de serviços comunitários		

Continua

Continuação

	<b>Total</b> <b>(Pontuação Máx. = 9)</b>	
<b>TOTAL (SOMA DAS PONTUAÇÕES EM TODAS CATEGORIAS)</b> <b>(Pontuação Máx. = 56)</b>		

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. DR.ª SONIA REGINA LOUREIRO**

Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

## ANEXO B – TCLE para as mães Grupo Depressão

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Pesquisador Responsável:

Fernanda Aguiar Pizeta – Psicóloga – CRP 06/69844

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

### ESCLARECIMENTO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ribeirão Preto, 1º de maio de 2006.

Fernanda Aguiar Pizeta  
Psicóloga  
Telefone: 3911.6825

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

### AUTORIZAÇÃO:

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

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## ANEXO C – TCLE para as mães Grupo Comparação

### Termo de Consentimento Livre Esclarecido

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

Pesquisador Responsável:

Fernanda Aguiar Pizeta – Psicóloga – CRP 06/69844

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

### ESCLARECIMENTO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Coloco-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata,

Ribeirão Preto, 11 de outubro de 2011.

Fernanda Aguiar Pizeta

Psicóloga

Telefone: 9723.9616

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Regina Loureiro

Psicóloga e Orientadora

Telefone: 3602.2416

### AUTORIZAÇÃO:

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

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

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

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



**CRITÉRIO**  
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA  
**BRASIL**

**ABEP**  
associação brasileira de empresas de pesquisa

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 E – Questionário sobre a Saúde do Paciente-9

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - 9 <span style="float: right;">72883</span> (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
<b>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</b> 0__ + ____ + ____ + ____ =Total Score: _____				
Se você assinalou <u>qualquer</u> um dos problemas, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				
Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>	
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. EPI0905.PHQ9P				
<b>Declaro que as informações contidas neste questionário são verdadeiras.</b>	Iniciais do/a paciente:		Data:	

## Anexo F – Questionário de Capacidades e Dificuldades

### Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Pr)

Pr 4-17

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 ou durante o ano escolar em curso.

Nome da Criança .....

Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Mais ou menos		
	Falso	verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É solitário, prefere brincar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, é querido por outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perde a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É gentil com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente engana ou mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de fazê-las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

## 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 estórias e casos  
 Ler livros, revistas  
 Conversar sobre como foi o dia na escola  
 Conversar sobre notícias, filmes e outros programas de TV  
 Ouvir estórias 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 estórias 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
<b>Verifica se o material escolar está em ordem</b>	( )	( )	( )	( )
Avisa quando é hora de ir para a escola	( )	( )	( )	( )
<b>Supervisiona a lição de casa</b>	( )	( )	( )	( )
Supervisiona o estudo para as provas	( )	( )	( )	( )
<b>Comparece às reuniões da escola</b>	( )	( )	( )	( )
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	( )	( )	( )
<b>Tomar banho</b>	( )	( )	( )
Brincar	( )	( )	( )
<b>Ir dormir</b>	( )	( )	( )
Levantar-se de manhã	( )	( )	( )
<b>Jantar</b>	( )	( )	( )
Fazer a lição de casa	( )	( )	( )
<b>Assistir à TV</b>	( )	( )	( )

Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0

## 10. SUA FAMÍLIA COSTUMA ESTAR REUNIDA:

	Sempre	Às vezes	Nunca
No café da manhã	( )	( )	( )
<b>No almoço</b>	( )	( )	( )
No jantar	( )	( )	( )
<b>À noite, para assistir à TV</b>	( )	( )	( )

E nos fins de semana

<b>Em casa</b>	( )	( )	( )
Em passeios	( )	( )	( )

Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0

## Anexo H – 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 anteriormente	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			
Litúgio entre os pais pela guarda da criança			
Litúgio entre os pais por causa de pensão			
Problemas dos pais com a justiça ou a polícia?			
Outros eventos: quais?			

## Anexo I – 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
<b>Doença crônica da criança: qual?</b>		
<b>Procedimento médico invasivo: qual?</b>		
<b>Uso de prótese: qual?</b>		
<b>Uso de óculos</b>		
<b>Criança com visão subnormal</b>		
<b>Criança com audição subnormal</b>		
<b>Sinal de nascença visível: qual?</b>		
<b>Hospitalização recorrente da criança</b>		
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		