UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“Padrões organizacionais familiares de crianças que convivem com a depressão materna”

Marina Delduca Cilino

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia

RIBEIRÃO PRETO -SP

2017

MARINA DELDUCA CILINO

Padrões organizacionais familiares de crianças que convivem com a depressão materna

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia

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

RIBEIRÃO PRETO -SP

2017

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.

Catalogação na publicação Serviço de Biblioteca e Documentação

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

Cilino, Marina Delduca.

Padrões organizacionais familiares de crianças que convivem com a depressão materna / Marina Delduca Cilino; orientadora Sonia Regina Loureiro. -- Ribeirão Preto, 2017.

169 f.

Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia.

1. Depressão. 2. Comportamento Infantil. 3. Vulnerabilidade.
4. Resiliência. 5. Família.

Nome: Cilino, Marina Delduca

Título: Padrões organizacionais familiares de crianças que convivem com a depressão materna

Dissertação apresentada junto ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciênicas, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr_____

Instituição_____Assinatura_____

Julgamento_____

Prof. Dr_____

Instituição_____Assinatura_____

Julgamento_____

Prof. Dr_____

Instituição_____Assinatura_____

Julgamento_____

Dedicatória

A todas as mães, que envoltas em angústias e incertezas da maternidade, oferecem o melhor de si aos filhos e à família, mesmo em situações de extrema adversidade (interna e externa).

Às mães informantes do estudo que emprestaram suas vivências em prol do conhecimento científico.

À minha mãe, Silvia Lilian, por vencer suas lutas e, acima de tudo, ser sempre MÃE.

Ao meu filho, Francisco, que lidou com a mãe real, que também oferece o melhor que pode, e busca driblar as adversidades, para lhe garantir um caminho de pleno desenvolvimento.

Ao meu marido Gabriel Alves de Andrade, fiel companheiro de conversas, quem acolheu minhas angústias, me ajudou a encontrar saídas, onde eu não conseguia mais pensar.

Aos meus pais Silvia Lilian Delduca Cilino e Julio César Cilino, por sempre incentivarem e investirem em meus estudos, construindo a base para que eu possa trilhar meu caminho dentro da Psicologia.

À minha sogra Neusa Maria Zafallon Alves de Andrade, pelo suporte inesquecível nos cuidados carinhosos comigo e com meu filho Francisco.

À minha analista Telma Regina Fernandes, por me acolher, ajudar a pensar, acalmar meus ânimos, meus desânimos e me ajudar a aproveitar a grande oportunidade de crescimento que esse trabalho me rendeu.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof.ª Dra.ª Sonia Regina Loureiro, professora impecavelmente dedicada à tarefa generosa de ensinar, agradeço por todo suporte, compreensão e afeto dispendidos maternalmente, sem perder o nível de excelência no trabalho.

Ao grupo composto pelas pesquisadoras Dra. Fernanda Aguiar Pizeta, Dra. Paola Passareli Carrazzoni, Thaysa Brinck Silva, Mestres Karina Pereira Lima, Ana Paula Casagrande Silva e Flávia Farnochi Marucci e psicólogas Aline Politi e Ana Karina Martineli, pelas contribuições interessadas e produtivas ao desenvolvimento desse trabalho.

À Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

RESUMO

Cilino, M. D. Padrões organizacionais familiares de crianças que convivem com a depressão materna, 2017. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.

A depressão materna, em função das características típicas do transtorno, afeta as relações familiares e as funções maternas, sendo reconhecida como uma condição de adversidade ao desenvolvimento infantil. Nas publicações científicas, constitui-se em uma lacuna, estudos que abordem com uma mesma amostra as condições de adversidade e de proteção que podem influenciar o comportamento das crianças em idade escolar. Objetivou-se: a) identificar e comparar os padrões organizacionais familiares de crianças, em idade escolar, que convivem com a depressão materna, em comparação com os de crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica, tendo como foco o comportamento das crianças, as adversidades e os recursos do ambiente familiar; b) verificar as possíveis associações entre padrões de organização familiar, adversidades e recursos do ambiente familiar e problemas de comportamento de crianças. Adotou-se um delineamento transversal correlacional de comparação de grupos. A amostra incluiu 100 díades mães-crianças, distribuídas em dois grupos, a saber: G1 - 50 díades mães-crianças, cujas mulheres/mães apresentam história de depressão recorrente; e G2 - 50 díades mães-crianças, cujas mulheres/mães não apresentam história de depressão ou de qualquer transtorno psiquiátrico. Foram incluídas mulheres na faixa etária entre 25 e 45 anos, e seus filhos biológicos, de ambos os sexos, com idade escolar (7 a 12 anos), com nível intelectual maior ou igual ao nível médio inferior. Procedeu-se à coleta de dados com mães e crianças, em sessões individuais, com a aplicação dos seguintes instrumentos: (a)Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV; (b) PHQ-9; (c) teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (d) Questionário Geral; (e) Questionário de Capacidades e Dificuldades; (f) Escala de Eventos Adversos; (g) Escala de Adversidades Crônicas; (h) Inventário de Recursos do Ambiente Familiar; (i) Entrevista com Roteiro Semi-Estruturado para avaliação dos padrões organizacionais. Os instrumentos foram codificados conforme as normas técnicas e as entrevistas foram transcritas e codificadas, de acordo com categorias pré-definidas. Foram realizadas comparações entre os grupos por meio de testes estatísticos e adotou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$. Verificou-se que G1, em comparação ao G2, apresentou significativamente mais problemas comportamentais (G1: $\bar{x}$=15,12; d.p.=6,92 e G2: $\bar{x}$=9,08; d.p.=6,64), eventos adversos (G1: $\bar{x}$=14,08; d.p.=5,12 e G2: $\bar{x}$=8,38; d.p.=4,08), adversidades crônicas (G1: $\bar{x}$=3,92; d.p.=1,82 e G2: $\bar{x}$=2,22; d.p.=1,61), e menos recursos do ambiente familiar (G1: $\bar{x}$=57,76; d.p.=10,49 e G2: $\bar{x}$=62,12; d.p.=8,66)e padrões de organização familiar (G1: $\bar{x}$=17,98; d.p.= 4,58 e G2: $\bar{x}$=24,60; d.p.=4,97). Foram detectadas correlações fortes e positivas da depressão materna com o total de padrões de organização familiar (ρ= -0,600) e com as categorias flexibilidade e reorganização (ρ = -0,576) e estabilidade de rotinas e administração do tempo (ρ = -0,537), além de correlações negativas e moderadas entre problemas comportamentais das crianças e indicadores positivos de padrões de organização familiar (p = -0,381). Considera-se que o estudo, ao evidenciar a influência dos padrões de organização familiar para o comportamento de escolares, permitiu ampliar a compreensão sobre condições contextuais de crianças que convivem com a depressão materna, o que pode favorecer o planejamento de ações preventivas e interventivas em saúde mental.

Palavras-chave: Depressão. Comportamento Infantil. Vulnerabilidade. Resiliência. Família.

ABSTRACT

Cilino, M. D. Organizational patterns of families with children living with maternal depression, 2017. Masters Dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.

Maternal depression, due to its typical characteristics, affects family dynamics and maternal functions and is acknowledged as a condition adverse to child development. There is a lack in the literature of studies addressing how adverse and protection conditions influence the behavior of school-aged children in the same sample. The objectives included: a) identify and compare between the organizational patterns of families with school-aged children living with maternal depression and those of children whose mothers present no history of psychiatric disorders, focusing on the children's behavior, and adversities and resources present in the family environment; b) verify potential associations among family organization, adversities and resources in the family environment, and children's behavior problems. A cross-sectional correlational design was adopted to compare between groups. The sample included 100 pairs (mother and child), assigned to two groups: G1 – 50 pairs, whose mothers presented a history of recurrent depression; and G2 – 50 pairs, whose mothers presented no history of depression or any other psychiatric disorder. Women aged between 25 and 45 years old and their biological school-aged children (7 to 12 years old), both sexes, and with an average intellectual level or above were included in the study. Data were collected individually from mothers and children by applying the following instruments: (a) Structured Clinical Interview for DSM-IV; (b) Patient Health Questionnaire (PHQ-9); (c) Raven's Progressive Matrices; (d) General Questionnaire; (e) Strengths and Difficulties Questionnaire; (f) Adverse Events Scale; (g) Chronic Adversity Scale; (h) Environmental Resource Inventory; (i) Semi-Structured Script to assess organizational patterns. The instruments were coded according to technical standards and the interviews were transcribed and coded according to pre-established categories. The groups were compared using statistical tests; the significance level adopted was $p \leq 0.05$. The comparison analysis showed significant differences, that is, G1 presented more behavior problems than G2 (G1: $\bar{x}$=15.12; SD=6.92 and G2: $\bar{x}$=9.08; SD=6.64), adverse events (G1: $\bar{x}$=14.08; SD=5.12 and G2: $\bar{x}$=8.38; SD=4.08), chronic adversities (G1: $\bar{x}$=3,92; SD=1.82 and G2: $\bar{x}$=2.22; SD=1.61), and less resources in the family environment (G1: $\bar{x}$=57.76; SD=10.49 and G2: $\bar{x}$=62.12; SD=8.66) and organizational patterns in the family (G1: $\bar{x}$=17.98; SD= 4.58 and G2: $\bar{x}$=24.60; SD=4.97). Strong positive correlations were found between maternal depression and total organizational patterns in the family (ρ = -0.600); the categories flexibility and reorganization (ρ = -0.576); routine stability; and time management (ρ = -0.537). Negative moderate correlations were found between the children's behavior problems and positive indicators of organizational standards (p = -0.381). This study contributes to understanding the context of children living with maternal depression as it shows the influence of organizational patterns in the family on the behavior of school-aged children, which favor the planning of preventive actions and interventions in mental health.

Keywords: Depression. Chil Behaviour. Vulnerability. Resilience. Family.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Percurso amostral das díades de G1 (mães com depressão) 66

FIGURA 2 - Percurso amostral das díades de G2 (mães sem depressão) 68

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Padrões de Organização Familiar e respectivas questões do roteiro de entrevista semiestruturado 76

QUADRO 2 - Categorias e questões relativas ao Roteiro de Entrevista Semiestruturado e ao RAF, especificando os valores de codificação que compuseram os indicadores relativos aos Padrões de Organização Familiar 82

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Perfil sociodemográfico e comparações entre os grupos G1 e G2 quanto às variáveis referentes às características das crianças, mães e famílias (n=100)..... 92

TABELA 2 - Perfil clínico das mães de G1 em relação à gravidade, recorrência e tratamento da depressão, e idade de exposição da criança incluída no estudo (n=50). 95

TABELA 3 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto ao Comportamento das Crianças (SDQ- Escore Total de Dificuldades e das escalas) (n=100)..... 97

TABELA 4 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto ao Comportamento das Crianças, tendo por referência as classificações dos escores em *Sem* ou *Com* Dificuldades Comportamentais (SDQ – Escore Total de Dificuldades e escores das escalas) (n = 100). 98

TABELA 5 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto à classificação dos escores das escalas do SDQ em *sintomas Internalizantes* e s*intomas Externalizantes* (n=100). (n=100).. 99

TABELA 6 - Análise de regressão logística bivariada entre as variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil, classe socioeconômica e renda mensal) e o desfecho comportamental (SDQ-*Sem* e *Com Dificuldades*), relativo ao Total de Dificuldades obtido pelas crianças de G1 (n=50). 100

TABELA 7 - Análise de regressão logística bivariada entre as variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil, classe socioeconômica e renda mensal) e o desfecho comportamental (SDQ- *Sem* e *Com Dificuldades*), relativo ao escore da escala Sintomas Emocionais obtido pelas crianças de G1 no SDQ (n=50)..... 101

TABELA 8 - Análise de regressão logística bivariada entre as variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil, classe socioeconômica e renda mensal) e o desfecho comportamental (SDQ- *Sem* e *Com Dificuldades*), relativo ao escore da escala Relacionamento com Colegas obtido pelas crianças de G1 no SDQ (n = 50). 102

TABELA 9 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto aos Eventos Adversos (EEA) e às Adversidades Crônicas (EAC) (n=100)..... 103

TABELA 10 - Comparações entre grupos de crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais (SDQ) quanto aos Eventos Adversos (EEA), Adversidades Crônicas (EAC) (n=100)..... 104

TABELA 11 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF) (n=100)..... 105

TABELA 12 - Comparações entre grupos de crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais (SDQ) quanto aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF) (n=100)..... 105

TABELA 13 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto aos Padrões de Organização Familiar (n=100)..... 106

TABELA 14 - Comparações entre os grupos de crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais (SDQ) quanto aos Padrões de Organização Familiar (n=100). 107

TABELA 15 - Correlações entre as variáveis: Depressão Materna, Indicadores Comportamentais (SDQ), Eventos Adversos (EEA), Adversidades Crônicas (EAC), Recursos do Ambiente Familiar (RAF) e Padrões de Organização Familiar Total e específicos (n=100). 108

TABELA 16 - Correlações entre as variáveis: Total de Dificuldades Comportamentais, cada escala específica do SDQ, Sintomas Internalizantes e Externalizantes, Eventos Adversos (EEA), Adversidades Crônicas (EAC), Recursos do Ambiente Familiar (RAF) e Padrões de Organização Familiar Total e específicos (n=100). 110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP
Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

AIDS
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APA
American Psychological Association

CBCL
Child Behavior Checklist

CDCHU
Center on the Developing Child at Harvard University

CEP
Comitê de Ética em Pesquisa

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

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DAWBA
Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescent

DP
Desvio Padrão

DSM-IV
Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição

EAC
Escala de Adversidade Crônica

EEA
Escala de Eventos Adversos

FAPESP
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FMRP
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

G1
Grupo de díades mães-crianças, cujas mães apresentaram história de depressão recorrente

G2
Grupo de díades mães-crianças, cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico

HCFMRP
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

IBGE
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC
Iniciação Científica

IC 95%
Intervalo de Confiança com 95%

OMS
Organização Mundial de Saúde

OR
Odds Ratio

PHQ-9
Questionário sobre a Saúde do Paciente

PRIME-MD
Primary Care Evaluation of Mental Disorders

QI
Quoeficiente de Inteligência

RAF
Inventário de Recursos do Ambiente Familiar

SAS
Statistical Analysis System

SCID
Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV

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

SDQ
Questionário de Capacidades e Dificuldades

SP
São Paulo

TCLE
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH
Transtorno do Défict de Atenção com Hiperatividade

USF
Unidade de Saúde da Família

USP
Universidade de São Paulo

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário Geral..... 151

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturado 153

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP 159

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Mães com depressão 160

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Mães sem transtorno psiquiátrico 161

ANEXO D - Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 162

ANEXO E - Itens do Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP 163

ANEXO F - Questionário de Capacidades e Dificuldades 164

ANEXO G - Escala de Eventos Adversos..... 165

ANEXO H - Escala de Adversidades Crônicas 166

ANEXO I - Inventário de Recursos do Ambiente Familiar 167

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 29
1.1 A psicopatologia do desenvolvimento – Aspectos conceituais 31
- Fatores de risco, proteção e resiliência ao desenvolvimento infantil 32
- A família como contexto de desenvolvimento e os padrões de organização familiar 34

1.2 A depressão materna como condição de adversidade e a organização familiar 45

2 OBJETIVOS 55
2.1 Objetivo Geral 57
2.2 Objetivos Específicos 57

3 MÉTODO 59
3.1 Delineamento 61
3.2 Aspectos éticos 61
3.3 Participantes 62
3.3.1 Caracterização dos participantes 62
3.3.2 Seleção dos participantes – critérios de inclusão e exclusão 63
3.3.3 Percurso amostral 65
3.4 Instrumentos 69
3.4.1 Instrumentos utilizados para a seleção dos participantes e alocação nos grupos 69
3.4.2 Instrumentos utilizados para o estudo propriamente dito 71
3.5 Materiais 77
3.6 Procedimentos 77
3.6.1 Coleta de dados 77
3.6.2 Tratamento dos dados 79

4 RESULTADOS 89
4.1 Perfil das díades 91
4.1.1 Perfil sociodemográfico 91
4.1.2 Perfil clínico das mães de G1 94
4.2 Comparações entre grupos 96
4.2.1 Indicadores Comportamentais das Crianças 96
4.2.2 Indicadores relativos às Adversidades do Ambiente Familiar 103

4.2.3 Indicadores relativos aos Recursos do Ambiente Familiar 104
4.2.4 Indicadores relativos aos Padrões de Organização Familiar 106
4.3 Correlações entre as variáveis 108

5 DISCUSSÃO 113
5.1 Aspectos sociodemográfico e clínico da amostra estudada 115
5.2 Ambiente familiar: comparações entre grupos quanto às adversidades e recursos e associações entre variáveis 118
5.3 Aspectos comportamentais das crianças: comparações entre grupos e associações entre variáveis 120
5.4 Padrões de Organização Familiar: comparações entre grupos e associações entre variáveis 124
5.5 Limitações e contribuições do estudo 132

REFERÊNCIAS 135

APÊNDICES 149

ANEXOS 157

1 INTRODUÇÃO

1.1 A psicopatologia do desenvolvimento – Aspectos conceituais

O presente estudo adotou a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento abordando condições de risco e proteção ao comportamento de escolares que convivem com a depressão materna.

A psicopatologia do desenvolvimento se propõe à compreensão de como os processos psicopatológicos se estabelecem e se mantém, e se constitui em uma abordagem que vêm se diferenciando do modelo biomédico predominante quanto à compreensão dos fenômenos dessa área. O modelo biomédico em relação à psicopatologia compreende que: (a) o mesmo fator causa a mesma doença em todos os indivíduos afetados, sejam eles crianças ou adultos; (b) os mesmos sintomas, em diferentes idades, são causados pelo mesmo fator; e (c) doenças específicas de crianças devem levar a doenças semelhantes na idade adulta. Considerando o desenvolvimento como resultante de ações biológicas pré-determinadas do organismo do indivíduo, este modelo mostra-se limitado para a compreensão dos processos relativos aos transtornos mentais, primeiramente, porque se observa que o mesmo fator biológico pode ser relacionado à comportamentos bastante diferentes em crianças e adultos, tendo-se pouca evidência da continuidade na vida adulta, de muitos dos problemas emocionais e comportamentais presentes na infância (Sameroff, 2000).

Nesse contexto, a psicopatologia do desenvolvimento conquista espaço, enquanto ciência, mostrando-se como uma alternativa teórico-metodológica que visa compreender os processos de adoecimento como uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Ou seja, a psicopatologia do desenvolvimento considera o indivíduo e o contexto de suas interações com o meio, compreendendo que diversos comportamentos, sendo eles típicos, ou atípicos, podem ter a mesma natureza, ou que, mesmo sendo parecidos, podem ter natureza diferente.

Ingram e Price (2010) relataram que muitos avanços já se deram no intuito de compreender as origens genéticas e ambientais do desenvolvimento das psicopatologias, entretanto, são necessárias novas investigações científicas, quando se considera essa visão mais complexa, que abarca os diversos fatores de influência, internos e externos, na compreensão dos transtornos mentais.

Sob o enfoque da psicopatologia do desenvolvimento algumas pesquisas se dedicam à compreensão dos fatores individuais que favorecem, ou que prejudicam o desenvolvimento

humano e outras pesquisas já lançaram olhares para uma compreensão mais sistêmica, principalmente do ambiente familiar, quando da análise desses fenômenos (Yunes, 2003).

Alguns conceitos básicos da perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento serão detalhados nos próximos parágrafos.

- **Fatores de risco, proteção e resiliência ao desenvolvimento infantil**

Segundo o Center on the Developing Child at Harvard University [CDCHU] (2010) a pesquisa sobre as condições de risco na infância é de extrema importância, pois os eventos e experiências adversas ocorridos nessa etapa da trajetória de vida do indivíduo podem oferecer consequências para todo o seu desenvolvimento posterior, seja nos âmbitos físicos ou mentais.

Risco, proteção e resiliência são conceitos básicos da psicopatologia do desenvolvimento, e de forma breve buscar-se-á detalhá-los.

Como fatores de risco, pode-se compreender os diversos eventos negativos que podem ocorrer ao longo da trajetória de desenvolvimento do indivíduo, que aumentam a probabilidade do mesmo vir a apresentar problemas físicos, sociais e emocionais (Yunes & Szymanski, 2001).

Entretanto, para Ingram e Price (2010), a pesquisa que aborda, em profundidade, os fatores de risco ao desenvolvimento psicológico ainda é escassa, principalmente no que diz respeito ao buscar identificar condições distais e proximais, com influência mais direta ou indireta sobre os processos de desenvolvimento. Os riscos proximais, segundo tais autores, são aqueles que precedem o transtorno de forma imediata, e os fatores distais, são aqueles que emergem mais cedo do que o início do transtorno, tendo influência indireta sobre os mesmos.

Esse conceito de risco se entrelaça com o de vulnerabilidade que, para Yunes e Szymanski (2001), consiste na predisposição às desordens ou na susceptibilidade ao estresse. A vulnerabilidade, porém, opera somente quando um fator de risco está presente, sem ele, não tem efeito.

Com sentido semelhante, o CDCHU (2010) considerou que a vulnerabilidade de um indivíduo às adversidades precoces é determinada pela interação dos fatores genéticos e das experiências de vida. Ressaltou ainda que a gravidade das adversidades ambientais potencializa o efeito negativo sobre o desenvolvimento.

Ampliando a compreensão sobre os processos de desenvolvimento humano, os pesquisadores da psicopatologia do desenvolvimento, também têm dedicado esforços na

identificação de sistemas de proteção que podem operar quando o indivíduo convive com algum risco, de forma a garantir e sustentar o seu desenvolvimento. O papel desses fatores de proteção consiste mais em modificar a resposta do indivíduo em situações adversas, que favorecer, de forma direta, o desenvolvimento normal do mesmo, podendo então, não apresentar efeito, se não houver a presença de um estressor (Yunes & Szymanski, 2001). Os fatores de proteção podem, inclusive, favorecer a aquisição e a manutenção de saúde ao se considerar que esta se caracteriza por um recurso humano de adaptação às demandas da vida cotidiana, incluindo a sobrevivência às adversidades biológicas, psicológicas e sociais que se impõem ao indivíduo ou grupos (CDCHU, 2010).

Nesse contexto, ao abordarem os fatores de risco e proteção, os estudos têm buscado a compreensão dos processos de resiliência, enquanto um constructo aplicável às pessoas que encontraram formas de se manterem adaptadas, mesmo em condições desfavoráveis (Brandão, Mahfoud, & Gianordoli-Nascimento, 2011).

Placco (2001) conceituou resiliência como a capacidade do indivíduo em responder de forma consistente e flexível aos desafios e dificuldades, tendo capacidade de recuperação frente aos mesmos, sendo que para Rutter (1999), não se trata de um atributo fixo do indivíduo, caracterizando-se como um processo dinâmico (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Silva, Elsen e Lacharité (2003) em uma revisão de literatura que visou identificar convergências e divergências teóricas acerca desse conceito, consideraram-no valioso, pois contribui para a promoção e prevenção em saúde, embora abarque, conceitualmente, divergências dentre os pesquisadores. Yunes e Szymanski (2001) complementaram as concepções conceituais focadas na resiliência do indivíduo, trazendo a compreensão de que a resiliência também pode ser vista de modo expandido ao âmbito familiar.

Nesse sentido, Walsh (2005) ao propor o estudo da resiliência familiar, de modo mais específico, considerou-a uma condição de contexto do desenvolvimento humano muito relevante, buscando identificar as potencialidades e vulnerabilidades do grupo familiar.

A autora definiu a resiliência familiar como a capacidade de adaptação da família diante das dificuldades, se caracterizando como uma condição de resposta ao evento estressor que reflete a potencialização dos recursos. Yunes e Szymanski (2001) associaram a resiliência aos sistemas de proteção utilizados para a adaptação às adversidades impostas ao indivíduo e ao seu grupo, ao conviverem com um fator de risco, acrescentando ainda, que a resiliência não se caracteriza como um processo permanente e fixo e que pode se manifestar de formas complexas na dinâmica familiar. Para Walsh (2003), esta compreensão dinâmica dos processos de resiliência familiar é uma das vantagens dessa concepção teórica, que também se

orienta pelo olhar focado nos recursos apresentados pelas famílias, em momentos de crise, e pela compreensão de que cada grupo familiar sofre variações quanto aos diversos recursos que precisará desenvolver ao longo de sua trajetória.

Mais especificamente, a resiliência familiar conta com processos regulatórios que envolvem uma demanda de adaptação constante, sendo que tais processos compreendem a rotina familiar, o senso de coerência entre os membros, a regulação das emoções entre as díades, as interações sociais estruturadas e recíprocas, além da necessidade de auto-regulação individual (MacPhee, Lunkenheimer, & Riggs, 2015).

Adotando-se o referencial da psicopatologia do desenvolvimento, nesse estudo enfocar-se-á, especificamente, a família como um contexto de desenvolvimento infantil, como será apresentado a seguir.

- **A família como contexto de desenvolvimento e os padrões de organização familiar**

Compreendendo a família como um dos contextos de maior vivência da criança, pode-se pensar que as práticas experienciadas nesse grupo, em muito se constituirão como favorecedoras ou prejudiciais ao desenvolvimento humano (Yunes, 2003). Para Dessen e Polonia (2007), juntamente com a escola, a família emerge como uma instituição fundamental para desencadear os processos evolutivos dos indivíduos, atuando como propulsora ou inibidora do seu crescimento, físico, intelectual, emocional ou social.

Cabe enfatizar, que nas últimas décadas, ocorreram muitas mudanças nas configurações familiares que alteraram drasticamente as funções, os papéis e a rotina do grupo familiar, principalmente pela inserção da mulher no mercado de trabalho, em concomitância com a responsabilidade pelas funções do lar, relativas aos cuidados e administração das rotinas (Dessen, 2010). Além de consideráveis mudanças nas configurações familiares, verificou-se também uma crescente diversidade cultural e disparidades socioeconômicas, tornando o curso da vida familiar mais variado e ampliado (Walsh, 2016a). Tais mudanças não podem ser desconsideradas nos estudos que se dedicam à compreensão desse contexto de desenvolvimento (Szelbracikowski & Dessen, 2007), nem tampouco, podem ser avaliadas, necessariamente, como desvios negativos dos padrões normativos familiares que vinham sendo preponderantes (Walsh, 2016a).

Para uma melhor compreensão do cenário familiar é importante investigar questões como a qualidade dos vínculos ali estabelecidos, a estabilidade desse ambiente os tipos de eventos que interferem nesse contexto, considerando a duração dos mesmos (Morais &

Koller, 2004), e também o contexto socioeconômico, que permeia as exigências e as formas dos pais de educarem seus filhos (Bem & Wagner, 2006).

Para Volling, Kolak e Blandom (2009) o funcionamento da família ainda conta com subsistemas que envolvem tanto uma regulação intra-sistema como uma regulação inter-sistemas, sendo que as disfunções podem ocorrer nesses dois subsistemas, demandando das famílias necessidades de ajuste e equilíbrio. Tais ajustes nem sempre são bem sucedidos, o que pode alterar as trajetórias de desenvolvimento, funcionando como risco ou proteção aos membros do grupo.

Walsh (2016a) destaca a importância de se avaliar criticamente os estudos que abordam a normalidade das famílias, ressaltando ser essencial que os pesquisadores, ao investigarem os processos familiares, reconheçam que as famílias estão inseridas em um contexto sociocultural e que desenvolvem a sua adaptação de acordo com as demandas internas e externas desse contexto em que estão imersas.

Considerando que as relações familiares são dinâmicas e interativas e que os diversos eventos internos e externos ao grupo familiar podem favorecer demandas adaptativas diversas aos seus membros, apresentar-se-á, nos parágrafos seguintes, estudos que abordaram algumas variáveis que podem influenciar a dinâmica familiar e o desenvolvimento de seus membros.

Avaliando variados fatores de risco ao desenvolvimento de crianças brasileiras de 7-14 anos, provenientes de diversas classes socioeconômicas, Goodman A., Fleitlich-Bilyk, Patel, e Goodman F. (2007) relataram que fatores como: viver em uma vizinhança violenta, viver em uma família não-tradicional, conviver com o estresse parental, sofrer punição física severa, e com relação ao indivíduo, ter problema de saúde geral, baixo Quoeficiente Intelectual (QI), repetência na escola e ser do sexo masculino, foram fatores associados ao desenvolvimento de psicopatologia na infância.

O contexto socioeconômico em que as famílias estão inseridas também se mostra relevante nesse campo de estudo, como constatado por Essex et al. (2006), ao avaliar com um delineamento longitudinal, que a exposição mais precoce e mais severa ao baixo status socioeconômico foi associada a mais problemas de saúde mental para as crianças, e em contrapartida, verificaram que o alto status socioeconômico caracterizou-se como fator de proteção. O status socioeconômico também foi considerado no estudo de Lengua, Bush, Long, Kovacs, e Trancik (2008), acerca dos riscos para problemas de ajustamento de crianças, no qual constataram que os riscos socioeconômicos, maternos e ambientais se correlacionaram, configurando-se como riscos cumulativos, com maior prejuízo para o ajustamento das crianças. O acúmulo de riscos também foi considerado pelo CDCHU (2010)

que, com base em diversas pesquisas, ressaltou que, além das experiências traumáticas, a combinação de diversos fatores de risco na infância pode aumentar a probabilidade de processos patológicos biológicos ou mentais serem desencadeados e persistirem na vida adulta.

Os transtornos de saúde mental dos pais se mostraram significativamente associados a mais indicadores de problemas de comportamento de escolares, no estudo de prevalência realizado por Cid e Matsukura (2014), com amostra composta por 321 responsáveis de crianças proveniente de escolas públicas.

Questões como a configuração familiar foram abordadas por Fraenkel e Capistick (2016), que apontaram que as famílias biparentais se beneficiam da duplicação de recursos econômicos, psicológicos e sociais e que contar com apoio social favorece, ainda mais, o processo de enfrentamento familiar, reduzindo a pressão entre os parceiros conjugais. Os autores ressaltaram que famílias em que o pai e a mãe exercem atividade remunerada contam com maior fluxo e segurança financeira, e naquelas onde há cooperação e distribuição de papéis entre o casal, o impacto de eventos negativos pode ser suavizado.

As famílias biparentais e as práticas familiares promotoras de desenvolvimento também foram investigadas em estudo transversal de Zimmerman (2003), que avaliou 47 famílias de classe média, nas quais os casais trabalhavam e tinham filhos. Descreveram como estratégias de sucesso a importância de que o casal priorize o tempo com a família, enfatize a parceria ali existente (que inclui as tomadas de decisão e responsabilidades compartilhadas), com igual valorização entre os parceiros e compartilhamento dos cuidados e do lazer com os filhos, e trabalhe aspectos psicológicos internos referentes à vida familiar. Em contrapartida, Anderson (2016) relatou que as famílias monoparentais, que vêm aumentando em número nas últimas décadas, enfrentam como desafios a administração de menor fluxo de renda, o menor apoio social e a dificuldade na expansão da distribuição de papéis e responsabilidades, apesar de não serem, necessariamente disfuncionais.

Outra variável que demanda reorganizações e readaptações é a chegada de um filho no grupo familiar, como apontado por Andrade, Silva, Angelo e Martini (2014), que abordaram os efeitos que os filhos têm nas relações familiares, identificando as preocupações dos pais, com base em um estudo transversal com 265 pais. Em tal estudo, os autores identificaram que as adaptações mais exigidas com a chegada de um filho são de ordem financeira, apesar de também impactarem positivamente na vida social dos pais, realçarem nos mesmos os sentimentos positivos e negativos sobre a parentalidade e trazerem preocupações com a sobrecarga de trabalho e de responsabilidade quanto aos papéis parentais.

A maneira como os pais se relacionam enquanto casal foi abordada por Bennett, Brewer e Rankin (2012), ao examinarem em um estudo transversal, a associação entre saúde mental das crianças e saúde mental dos pais. Ressaltaram que a qualidade da relação conjugal também deve ser considerada como fator relevante nesse campo, pois ela influencia na disponibilidade afetiva e física dos pais para com sua prole. Investigando a parentalidade e a conjugalidade, qualitativamente, por meio da análise de entrevistas com roteiros semiestrutrados e grupos focais com mulheres mães que compunham famílias monoparentais, Cunico e Arpini (2014) constataram que, em situações de separação conjugal, os pais tendem a transferir os conflitos com os parceiros para a relação com os filhos, e ressaltaram a necessidade da desconstrução do paradigma de que a mãe é a melhor cuidadora da prole.

Outra variável amplamente abordada nos estudos sobre família diz respeito à maneira como os pais educam seus filhos (Weber, Prado, Viezzer, & Brandenburg, 2004). Nesse caminho, alguns autores têm trabalhado com o conceito de práticas educativas parentais, que seriam estratégias e técnicas utilizadas pelos pais com o objetivo de promover a socialização de seus filhos e orientar seus comportamentos (Gomide, 2003). Considera-se como tal, comportamentos socializadores, que os pais oferecem na interação com as crianças, tais como a disciplina e o apoio, sendo que eles variam entre as situações em que são evidenciadas (Oliveira et al., 2002).

Gomide, Salvo, Pinheiro e Sabbag (2005) propôs sete categorias de práticas parentais, sendo cinco negativas e duas positivas. Dentre as positivas encontram-se o comportamento moral e a monitoria positiva. O comportamento moral é constituído por práticas em que os pais ensinam, por meio de modelos positivos, a realização da discriminação do que é certo e errado, e acabam por transmitir valores morais de senso de justiça, generosidade e honestidade. Já a monitoria positiva se caracteriza pelas práticas exercidas pelos pais que envolvem o conhecimento sobre o local onde o filho se encontra e as atividades que ele desenvolve. Essas práticas são permeadas por manifestações de afeto, de forma que não se tornam estressantes para nenhuma das partes.

Dentre as práticas parentais negativas, destacam-se o abuso físico (atos dos pais que machucam ou causam dor na prole, na tentativa de controlá-la); a negligência (falta de atenção dos pais às necessidades dos filhos, por meio da ausência de responsabilidades, omissão de auxílio, ou simples falta de afeto nas interações); a punição inconsistente (punição ou reforço do comportamento do filho de forma aleatória, geralmente baseados no estado de humor dos pais no momento da prática); a disciplina relaxada (falta de manutenção das regras e decisões, por parte dos pais, quando confrontados pelo comportamento opositor a agressivo

dos filhos); e a monitoria negativa (fiscalização excessiva sobre os filhos, caracterizada por instruções repetitivas, geralmente sem êxito), a qual produz um clima hostil no ambiente familiar, tornando-o permeado por estresse, falta de diálogo, e também pela resistência dos filhos em quebrar a sua privacidade.

As práticas parentais nunca se estabelecem sozinhas, sendo que o conjunto delas pode predizer comportamentos das crianças (Salvo, Silvares, & Toni, 2005), dado que as diferentes práticas parentais podem exercer diferentes funções, obtendo diferentes respostas comportamentais das crianças, favorecendo ou prejudicando o seu desenvolvimento socioemocional (Alvarenga, Weber, & Bolsoni-Silva, 2016).

Diversos estudos têm se dedicado à identificação da associação entre as diferentes práticas parentais e desfechos diversos do comportamento infantil, alguns desses estudos serão apresentados a seguir.

Com base em revisão temática de literatura que objetivou a interpretação analítico-comportamental dos constructos da psicologia do desenvolvimento referentes ao comportamento parental e suas relações com características do desenvolvimento de bebês, crianças na fase pré-escolar e escolar, e adolescentes, Alvarenga et al., (2016), relataram que os problemas de comportamento das crianças exercem funções na interação delas com o ambiente, o que por sua vez influencia o modo como são adquiridos e mantidos os seus repertórios de comportamento. As autoras apontaram que, possivelmente, as crianças que não apresentam problemas de comportamento contam com pais que são mais contingentes no estabelecimento de limites, e que conseguem manter a interação permeada por afeto em diferentes contextos, inclusive em momentos de estabelecimento de regras.

Uma investigação sobre práticas educativas preditoras de problemas de comportamento e competência social das crianças foi realizada por Salvo et al (2005), com 30 crianças com idades entre 11 e 13 anos e seus respectivos pais. Constataram que a falta de monitoria positiva foi preditora de comportamento agressivo, e a sua presença, também o foi para a sociabilidade; e identificaram que a falta de monitoria positiva paterna favoreceu déficits na sociabilidade das crianças e que o comportamento moral materno mostrou-se favorecedor de competência social. A monitoria negativa materna, aliada à falta de monitoria positiva paterna e a disciplina relaxada paterna foram práticas preditoras de problemas de comportamento das crianças.

Bolsoni-Silva e Loureiro (2011) constataram, ao comparar as práticas parentais negativas para grupos de criança em idades pré e escolares com e sem problemas de comportamento, que os aspectos que diferenciaram os dois grupos foram, de maneira geral,

relacionados às práticas educativas positivas e às habilidades sociais infantis, e que o grupo sem problemas de comportamento obteve médias significativamente mais altas, quanto aos pais terem concordância conjugal quanto às práticas parentais.

Nunes, Faraco, Vieira e Rubin (2013), objetivando investigar as relações entre vínculo de apego e práticas parentais com problemas comportamentais externalizantes e internalizantes, com base em um estudo transversal com 289 crianças de nove a 12 anos e 205 cuidadores, identificaram que o vínculo frágil de apego paterno e a baixa escolaridade paterna foram preditores de retraimento social, e ainda, que o vínculo frágil de apego materno, os altos níveis de rejeição parental e o gênero masculino foram preditores de agressividade. Constataram ainda que a rejeição parental associou-se marginalmente a problemas de ansiedade/depressão dos filhos.

Os efeitos longitudinais dos estilos parentais autoritário e democráticos-recíproco foram comparados com foco no comportamento das crianças de quatro e cinco anos por Oliveira et al. (2002), que avaliaram também a intergeracionalidade dessas variáveis, utilizando modelos mediativos de risco e proteção para prever comportamentos de externalização e internalização infantis. Nesse estudo, os autores constataram relações complexas entre o estilo autoritário da avó materna e o estilo autoritário da mãe, identificando correlação positiva entre as medidas de autoritarismo nas práticas parentais das duas. Além disso, constataram que o estilo parental autoritário e a atitude conjugal conflituosa da mãe se correlacionaram positivamente com os comportamentos de externalização das crianças pré-escolares. Com sentido semelhante, Garcia, Restubog, Kiewitz, Scott e Tang (2014), em estudo transversal, verificaram relações positivas entre a história familiar de agressão dos supervisores da criança e afeto hostil, cognições hostis explícitas e supervisão abusiva nos cuidados com os filhos.

Outros estudos apontaram que a condição psicológica dos pais reflete nas práticas parentais, sendo que Gomide (2003) relatou que quanto maior o estresse dos pais, maior a chance deles utilizarem de punição inconsistente. Nesse sentido, Chen e Johnston (2007), em estudo transversal, examinaram se a desatenção, impulsividade e hiperatividade maternas estavam associadas a diferentes comportamentos parentais, e constataram que a pouca atenção materna no cuidado com a prole, mostrou-se associada à inconsistência de práticas educativas e à tendência a ceder no manejo com os filhos, como uma estratégia para ganhar a atenção das crianças. Laukkanen, Ojansuu, Tolvanen, Alatupa e Aunola (2014), avaliando 152 mães de crianças estudantes do primeiro grau, tiveram por objetivo verificar o papel moderador exercido pelo bem-estar materno, em associação com características de temperamento das

crianças e estilos parentais das mães. Constataram que as emoções negativas das crianças foram associadas a altos níveis de tentativas de controle, por parte das mães, em termos de controle psicológico e comportamental e que o bem-estar materno mediou o impacto de baixos níveis de positividade e de altos níveis de controle psicológico.

As práticas parentais também têm sido estudadas em contextos de associação a condições de risco, como apontado por Lau, Rijsdiik, Gregory, McGuffin e Eley (2007), que examinaram se o estilo parental atribucional diminuía o impacto das adversidades familiares e da disciplina materna punitiva sobre os sintomas depressivos das crianças. Os autores constataram que a sintomatologia depressiva da criança foi significativamente associada ao estilo atribucional mais negativo, ao aumento do risco genético e a mais eventos de vida negativos. Com sentido semelhante, as práticas educativas punitivas, o estilo parental negligente e autoritário do pai e a violência conjugal foram identificados como fatores de risco em uma família com histórico de violência familiar, em um estudo de caso relatado por Antoni e Batista (2014).

A associação de riscos também foi considerada por Bolsoni-Silva, Loureiro e Marturano (2016) ao compararem crianças pré-escolares e escolares com e sem problemas de comportamento internalizante. Ao correlacionarem indicadores de práticas educativas, recursos do ambiente familiar, repertório comportamental infantil e depressão materna, identificaram que as práticas negativas foram mais frequentes no grupo de crianças com problemas de comportamento internalizante e que as habilidades sociais das crianças foram mais frequentes no grupo de crianças sem sintomas internalizantes. No mesmo estudo, ao analisarem somente o grupo com problemas de comportamento internalizante identificaram que as variáveis práticas educativas positivas e diversidade de contextos de interação foram diretamente relacionadas com habilidades infantis, as queixas de problemas de comportamento foram moderadamente correlacionadas com práticas negativas e as habilidades sociais foram moderadamente e inversamente correlacionadas com a depressão materna.

Com sentido semelhante, Dubois-Comtois, Moss, Cyr e Pascuzzo (2013) examinou longitudinalmente a relação entre angústia psicossocial materna, qualidade da interação mãe-filho, apego infantil e problemas de comportamento em uma amostra de 243 díades mãe-criança, tendo as crianças idades entre quatro e oito anos e meio. Constataram que a angústia materna e os padrões de vinculação de controle do tipo punitivo ou de prestação de cuidados foram preditores de problemas de externalização e internalização das crianças.

Em contrapartida, salienta-se que, se os pais tomam conhecimento sobre as práticas educativas, eles podem oferecer condições favoráveis ao desenvolvimento de seus filhos. Portanto, se faz necessário reconhecer e fortalecer as práticas que promovam a saúde dos membros familiares, independente do contexto em que estão inseridos (Yunes, 2003). Desse modo, os pais passam a estar instrumentalizados no oferecimento de um repertório de comportamentos adequados, desenvolvendo habilidades sociais e mantendo uma dinâmica familiar permeada por comprometimento, afeto positivo e monitoramento sem estresse. Por meio das práticas positivas os pais conseguem exigir obediência de regras e cumprimento de deveres, mantendo o respeito pelos papéis dos pais e pelos direitos dos filhos; assim se alcançará um funcionamento familiar baseado no controle e na compreensão, o que por sua vez, oferecerá à criança a possibilidade de desenvolver autonomia e autoafirmação (Weber et al., 2004).

Acresce-se que a identificação de práticas parentais preditoras de determinados comportamentos infantis é considerada relevante por tornar possível o aperfeiçoamento de projetos e práticas preventivas na comunidade (Salvo, Silvares & Toni, 2005), que podem ser desenvolvidos por meio do fortalecimento de vínculos familiares, e da articulação com serviços comunitários de atenção primária, como serviços de saúde, escolas e creches (Tszenioski, Nóbrega, Lima e Facundes, 2015).

Dessa forma, além das condições de risco, o contexto familiar também pode se configurar como uma condição de proteção ao desenvolvimento infantil, sendo que o estudo das práticas parentais e do funcionamento familiar também pode ser focado nos recursos familiares que criam tais condições favorecedoras ao desenvolvimento.

No sentido de elucidar os processos de interação familiar e identificar processos de resiliência, Walsh (2016b) considera que as famílias são regidas por conjuntos de regras previsíveis, que são transmitidas pelas gerações e estão em transações constantes, que acabam exercendo um papel regulador dos processos familiares, criando expectativas sobre esses papéis, e sobre as ações e consequências que virão. A referida autora propôs um mapeamento de processos-chave de resiliência familiar que permite a identificação tanto de vulnerabilidades quanto de práticas familiares que contribuem para o desenvolvimento do grupo familiar e de seus membros, por meio do enfrentamento de eventos estressantes. Esses processos são dinâmicos e diferenciados como: sistemas de crenças, padrões organizacionais e processos de comunicação, sendo que as famílias podem se apoiar neles para aumentar a sua resiliência em situações adversas. Cada um deles é útil em diferentes situações, oferecendo a cada família, ou a cada membro, possibilidades de caminhos diferentes de resiliência.

Considerando o foco desse estudo, apresentar-se-á, a seguir, de forma breve, uma caracterização destes processos.

Os sistemas de crenças familiares incluem o valor atribuído aos eventos e às relações interpessoais, contextualizando e significando as adversidades. Na avaliação dos sistemas de crenças, considera-se o nível de coerência do grupo familiar, a presença de crenças facilitadoras ou obstrutivas, a presença de uma perspectiva positiva frente às adversidades, e ainda a religiosidade, a criatividade e a possibilidade de aprendizagem a partir da adversidade.

Os processos de comunicação se referem à qualidade de clareza e consistência das mensagens emitidas e propagadas dentro do grupo familiar, incluindo a possibilidade de esclarecimento de situações ambíguas, o compartilhamento de sentimentos, a empatia, as interações prazerosas e a resolução colaborativa dos conflitos.

Os padrões de organização familiar se caracterizam pelas normas internas e externas, que regulam o comportamento dos membros da família, de acordo com a cultura em que estão inseridos, refletindo os contratos implícitos ou explícitos que persistem pela acomodação mútua ou pela eficácia funcional. Para a autora, as famílias têm demanda de organização de recursos para o enfrentamento de situações adversas. Compreender os padrões de organização familiar implica em atentar para os padrões de flexibilidade, de conexão, e os recursos sociais e econômicos, disponibilizados no ambiente de convivência, de modo a identificar se estas práticas propiciam, ou não, a adaptação, sendo que nenhuma forma de família por si só é eficaz ou disfuncional, não se devendo rotular alguma família como não-resiliente (Walsh, 2016b).

Considerando os objetivos desse estudo, focalizar-se-á, a seguir, as especificidades dos padrões de organização familiar, quanto a: *flexibilidade e aos recursos socioeconômicos*, tal como proposto por Walsh (2005).

O padrão flexível de organização familiar diz respeito a características regulares de interação, de exercício de papéis e de organização do sistema familiar, caracterizando a capacidade de adaptar-se às exigências desenvolvimentais e ambientais, mantendo a funcionalidade e a estabilidade da estrutura familiar. Para a referida autora, toda família, seja qual for a sua forma, precisa desenvolver uma estrutura flexível e estável para um bom funcionamento, o que requer estabilidade de regras e de papéis, com padrões de interação previsíveis e consistentes. Entretanto, em momentos de crise, deve haver o equilíbrio entre a capacidade de estabilidade estrutural e a capacidade de realizar reorganizações frente aos impactos da crise. Rigidez ou caos extremos, excesso de estrutura ou total desestruturação, seriam características que favorecem o funcionamento disfuncional das famílias. Nesses casos

de disfunção, a liderança mostra-se limitada, com papéis pouco claros em constante mutação, sendo as decisões tomadas por impulso.

O padrão de organização familiar relativo aos *recursos sociais e econômicos* se refere à presença de recursos e fontes de apoio social, econômico, pessoais e da comunidade, que visam à provisão das necessidades de bem-estar, de segurança e estabilidade da família. Segundo a referida autora, a mobilização de recursos comunitários e econômicos pode fazer um bom intercâmbio dos recursos externos e internos, com base em regras internas bem definidas. A segurança financeira, o equilíbrio do tempo dos pais entre o trabalho e o exercício de paternidade e maternidade, são também considerados fatores de funcionalidade e de fortalecimento do grupo familiar. As situações de carência econômica e de pouca disponibilidade de tempo podem favorecer a disfuncionalidade.

A identificação de condições familiares propícias ao desenvolvimento infantil também tem sido abordada em estudos diversos.

Segundo o CDCHU (2010) para criar condições favoráveis ao desenvolvimento saudável, em termos físicos e emocionais, é necessário considerar que os domínios ambientais e pessoais se inter-relacionam, sendo ressaltada a relevância das relações interpessoais enquanto relações estáveis e recíprocas, permeadas por afeto e interação com os adultos, propiciando o desenvolvimento de recursos de autorregulação e de adaptação frente às situações adversas. Outro domínio protetor ao desenvolvimento reside no apoio comunitário às famílias, que pode ser provido pelos próprios membros da família, por programas governamentais, associações voluntárias e pela vizinhança.

Com sentido semelhante, Halpern e Figueiras (2004) ao realizarem uma revisão de literatura sobre a influência ambiental na saúde mental da criança, constataram que a rede comunitária tem um importante papel ao oferecer suporte às famílias em diversos âmbitos de sua organização, sendo que o bom uso da rede comunitária proporcionou um impacto positivo na relação mãe-filho.

Outras condições identificadas como favoráveis ao desenvolvimento envolvem a dedicação dos adultos que se relacionam com a criança, incluindo a natureza e a qualidade dos contatos estabelecidos com essas. Considera-se importante avaliar o quanto tais relações adulto-criança podem ser prejudicadas devido às demandas do contexto socioeconômico das famílias atuais, que exige dos pais, equilíbrio entre as rotinas de trabalho e tempo dedicado à família (CDCHU, 2010).

Nesse contexto, o fator protetivo da relação familiar e da participação paterna na rotina da criança foi investigado por Dorsch, Smith e McDonough (2015), que estudaram o

desenvolvimento da sociabilidade na infância, por meio do envolvimento familiar em momentos de contatos iniciais da criança com o esporte. Constataram, acompanhando quatro famílias, que o envolvimento dessa em tais atividades favoreceu aos pais se tornarem emocionalmente mais engajados, utilizando o esporte como um veículo para ensinar lições de vida a seus filhos, sendo que tais interações sociais favoreceram o desenvolvimento dos filhos jovens.

As atividades cotidianas de crianças em idade escolar, a saber, vivência de atividades de lazer pela criança e família, rotinas, regras e responsabilidades que os membros familiares devem cumprir, dentre outras, foram avaliadas por Cid (2015) e correlacionadas à saúde mental das mesmas. Foram constatadas associações entre a existência de regras e responsabilidades dentro do grupo familiar e maiores níveis de comportamento pró-social das crianças. Por outro lado, o baixo desempenho escolar e a presença de brigas na família foram associados a prejuízos na saúde mental infantil. Para a autora, o grupo familiar que estabelece regras e responsabilidades na organização da rotina das crianças, caracterizando-se pelo uso de práticas parentais positivas, configura-se como um contexto de proteção à saúde mental e ao desenvolvimento das crianças ali inseridas.

Em contrapartida, a organização do ambiente em que a criança está inserida também pode afetar a sua saúde física, pois a consistência, a qualidade e o horário das rotinas diárias da criança moldam o desenvolvimento dos seus sistemas regulatórios. Quando as rotinas de alimentação, sono e conforto são pouco estáveis e previsíveis, podem ocorrer desregulações de sono, prejuízos na capacidade da criança se auto acalmar, além de ocorrerem falhas no desenvolvimento dos sistemas biológicos e de auto regulação (CDCHU, 2010).

Entretanto, ainda que as famílias contem com fatores de proteção, que indicam recursos familiares de desenvolvimento, ressalta-se que as famílias, em geral, vivem sob tensões internas e externas. Contudo, algumas delas ainda precisam transpor barreiras adicionais tais como doenças, incapacidades, morte ou perda de algum membro, desemprego ou dificuldades econômicas e de distribuição de tempo entre trabalho e vida familiar, sendo que além de toda essa variedade de desafios ainda disputam a negociação com questões de parentalidade no desenvolvimento dos filhos (Fraenkel & Crapstick, 2016).

Considerando que as adversidades têm impacto para a vida das famílias, exigindo dessas, enfrentamentos que lhes permitam adaptação, abordar-se-á, especificamente no próximo tópico, as condições das famílias que convivem com as adversidades relativas à depressão materna, enquanto objeto desse estudo.

1.2 A depressão materna como condição de adversidade e a organização familiar

O conceito de adversidade é amplamente utilizado nas pesquisas em psicopatologia do desenvolvimento e trata-se, segundo Masten e Gerwirtz (2006), de uma condição que se estabelece quando um evento estressor se estende temporalmente, se tornando recorrente e duradouro e sendo geralmente associado a outros estressores. Nesse estudo, a exemplo de outros, a depressão materna está sendo considerada como condição de adversidade ao desenvolvimento de crianças, sendo que alguns estudos prévios serão relatados a seguir.

Em metanálise, que objetivou examinar a associação entre a depressão materna e problemas emocionais e comportamentais das crianças, Goodman et al. (2011) apontaram que tal adversidade tem sido amplamente relacionada a altos níveis de problemas de internalização, externalização, psicopatologia geral e afeto negativo, além de menores níveis de afetos positivos.

As mães com depressão, em função das características típicas da sintomatologia do transtorno, podem ter dificuldades no exercício de suas funções maternas, nas relações mãe-filho e em outras relações familiares, como apontado pela revisão sistemática da literatura, realizada por Loosli e Loureiro (2010) que identificou e analisou artigos que abordaram a associação entre depressão materna e o comportamento das crianças, considerando as diferenças de gênero. Também com base em revisão da literatura, que objetivou comparar o perfil comportamental e de desempenho escolar de crianças, em idade escolar, que conviviam com mães com depressão recorrente, Mendes, Loureiro e Crippa (2008) relataram que as crianças que convivem com tal adversidade estão expostas não somente à depressão de suas mães, mas também a uma variedade de dificuldades associadas às manifestações típicas desse transtorno, como a apatia, a instabilidade de humor e o pouco envolvimento com o outro.

Um dos focos de estudo no campo da pesquisa sobre a depressão materna consiste na compreensão de quais desfechos comportamentais e emocionais das crianças podem estar associados à convivência com tal adversidade, como relatado nos estudos apresentados a seguir.

A convivência com a depressão materna foi caracterizada como preditora do aparecimento de transtornos de depressão e ansiedade nas crianças, como constatado no estudo longitudinal de Pilowsky, Wichramaratne, Nomura e Weissman (2006) que buscou determinar os efeitos da depressão parental e da discórdia familiar sobre a psicopatologia dos

filhos. Tal estudo também constatou que a maioria dos fatores de discórdia familiar avaliados foram associados à depressão dos pais.

Altos níveis de melancolia materna foram associados à depressão infantil, em estudo transversal realizado por Shannon, Beauchaine, Brenner, Neuhaus e Gatzke-Kopp (2007), que objetivou a identificação de preditores de resiliência entre crianças de oito a 12 anos, provenientes de contextos sociais desfavorecidos.

Avaliando a relação entre filhos e mães deprimidas, que eram imigrantes de origem hispânica e de baixo status socioeconômico, Feder et al. (2009), constataram que estas crianças apresentaram taxas significativas de transtorno de ansiedade de separação, de transtorno desafiador opositivo, de distúrbio psiquiátrico, em geral, além de menor funcionamento psicossocial, em comparação com crianças que não conviviam com a depressão materna. Relataram ainda que as crianças que conviviam com mães deprimidas tiveram significativamente mais conflitos com colegas e com os pais, apresentando tendência a terem problemas como o bullying, além de preferirem passar mais tempo com as crianças mais velhas e com crianças do sexo oposto.

A depressão materna também se mostrou associada a problemas de internalização e externalização, além de disfunções na regulação das emoções e das competências socioemocionais no estudo realizado por Frankel et al. (2014), que replicaram um estudo de Sarche, Croy, Crow, Mitchell e Spicer (2009) com grupos de famílias hindu-americanas, objetivando identificar associações entre fatores de risco maternos e problemas socioemocionais e comportamentais de crianças na primeira infância.

As influências da convivência com a depressão da mãe e com a depressão do pai para problemas psiquiátricos dos filhos de seis a 23 anos foi avaliado longitudinalmente por Jacobs, Talati, Wickramaratne, e Warner (2015). Constaram que conviver com o pai com depressão apresentou riscos semelhantes a conviver com a mãe com depressão, quanto ao aparecimento de sintomas de depressão e ansiedade dos filhos.

O impacto da depressão materna para os filhos foi investigado também quanto aos prejuízos cognitivos, sendo que Hughes, Roman, Hart e Ensor (2013), com base em estudo longitudinal, apontaram que a convivência com tal adversidade associou-se a dificuldades cognitivas ligadas às funções executivas, sendo que o tempo de exposição e o contato precoce com esta adversidade mostraram-se associados a maiores prejuízos. Porém, Roman, Ensor e Hughes (2016), também em estudo longitudinal, constataram que a função executiva das crianças desempenhou papel moderador na relação entre a exposição a sintomas depressivos leves das mães e os problemas de comportamento das crianças, afirmando que

melhorar o funcionamento executivo das crianças pode ser uma estratégia de proteção contra o impacto da depressão materna para o desenvolvimento das mesmas.

As características do perfil clínico das mães deprimidas e a ação dessa patologia na história da criança podem levar a diferentes desfechos. Em estudo de coorte, que objetivou avaliar o impacto da gravidade e da cronicidade da depressão materna para o aparecimento de sintomas na adolescência, Hammen e Brennan (2003) constataram que, tanto a exposição a apenas um ou dois meses de depressão materna grave como a exposição a mais de 12 meses de depressão materna leve mostraram riscos elevados para o aparecimento de depressão nos jovens.

Com sentido semelhante, Campbell, Matestic, von Stauffenberg, Mohan, & Kirchner. (2007) investigaram em um estudo longitudinal, com crianças de seis meses a 7 anos, as trajetórias de sintomas depressivos das mães e suas relações com as características sociodemográficas, estabilidade conjugal e sensibilidade materna. Verificaram que o grupo de mães com a trajetória de sintomas depressivos em níveis altos e crônicos apresentou o menor nível de sensibilidade materna e seus filhos apresentaram, na 1ª série, maiores níveis de sintomas internalizantes e externalizantes, comparativamente às mães que tiveram trajetória estável baixa.

Em estudo longitudinal, que buscou examinar a relação entre problemas de saúde mental e comportamento das crianças e as variações da sintomatologia depressiva das mães, Ashman, Dawson e Panagiotides (2008) constataram que o desfecho das crianças variou de acordo com a cronicidade da patologia materna. Em tal estudo, as crianças que conviviam com a depressão crônica das mães, apresentaram níveis mais altos de problemas de comportamento externalizante que as que conviviam com mães sem depressão ou com depressão leve e estável. Em sentido semelhante, o estudo de Wickramaratne et al. (2011), de delineamento longitudinal, buscou avaliar alterações nos problemas comportamentais e emocionais de crianças, filhas de mães que estavam em remissão de depressão há um ano. Constataram que a maior cronicidade da depressão da mãe foi associada a mais problemas emocionais e comportamentais dos filhos.

Verifica-se nos estudos relatados que a depressão materna, por si só, tem sido considerada uma condição de risco ao desenvolvimento infantil, porém, diversos estudos têm ressaltado que tal condição comumente se relaciona a outras adversidades do ambiente familiar, que podem potencializar seu efeito negativo para o desenvolvimento infantil.

As mães deprimidas experienciam mais riscos ambientais e familiares quando comparadas a mães que não têm depressão (Barker, Copeland, Maughan, Jaffee, & Uher, 2012).

Esse dado é corroborado por Shaw, Sitnick, Reuben, Dishion, e Wilson (2016), que em um estudo transversal, objetivou identificar as associações entre a depressão materna, vizinhança de risco e problemas de conduta das crianças. Constataram efeitos consistentes da vizinhança de risco sobre o comportamento infantil e sobre a depressão materna, além de efeitos recíprocos entre os sintomas depressivos maternos e os problemas de conduta das crianças.

Questões como as vivências de risco na história de vida da mãe, foram examinadas, longitudinalmente, por Bouvette-Turcot et al. (2017), que avaliaram a interação entre adversidade na infância e depressão e status socioeconômico na vida adulta. Constataram que as mulheres que relataram conviver com níveis altos de adversidade na infância, combinados com altos níveis de sintomas depressivos na vida adulta, estavam significativamente mais propensas a viverem em ambientes de baixos recursos socioeconômicos. Além disso, a adversidade na infância foi preditora do nível de escolaridade, independente dos sintomas depressivos na vida adulta.

A combinação das adversidades depressão e pobreza também mostrou impacto sobre o funcionamento familiar, sendo que as crianças que apresentaram mais recusa em fazer as tarefas da escola ou mais restrições no cumprimento das rotinas e horários em casa, apresentaram significativamente mais procura por tratamento, com necessidade de atendimento em saúde mental, além de uma tendência para maior número de internações psiquiátricas (Feder et al., 2009). Em contrapartida, Mikkonen, Moustgaard, Remes e Martikainen (2016), em estudo longitudinal com adolescentes finlandeses, avaliaram a transgeracionalidade dos sintomas depressivos, tendo verificado que o status socioeconômico dos pais não se correlacionou com sintomas depressivos dos adolescentes, não se mostrando nem preditor nem moderador, quando os pais apresentavam sintomas depressivos. Verificaram ainda, que a exposição à depressão de ambos os pais, ou a exposição recorrente à depressão parental, aumentou o risco para o aparecimento de sintomas depressivos dos filhos.

O acúmulo de riscos associados à depressão materna também foi estudado em contexto de alterações na configuração familiar, especialmente quanto à presença paterna na rotina da família. Nesse sentido, Talati et al. (2007) realizaram um estudo longitudinal que examinou, relações entre a monoparentalidade, a remissão da depressão materna e os sintomas psicopatológicos das crianças. Verificaram que a presença do pai na família mostrou-se como uma variável moderadora para o desenvolvimento de psicopatologia por parte das crianças, quando essas conviviam com a depressão materna, tanto quanto para a efetividade do tratamento da depressão. Além do que as mães solteiras, quando comparadas

com as casadas, apresentaram status socioeconômico mais baixo, menor escolaridade, episódios depressivos mais graves e maior número de comorbidades.

Considerando a condição de risco cumulativa da depressão materna e a falta de qualidade na relação conjugal, Pilowsky et al. (2006) constataram que filhos de pais depressivos têm maior probabilidade de serem expostos a ajustamento marital pobre, à baixa coesão familiar, ao divórcio dos pais e ao controle sem afeto, quando comparados a filhos de pais não depressivos. Além disso, o baixo envolvimento paterno associado à convivência com mães com sintomas depressivos foram características identificadas em crianças com maior gravidade de sintomas como relatado por Boyce et al. (2006).

Westbrook e Harden (2010) examinaram, em um estudo de coorte, o impacto da depressão materna, da estrutura familiar e da exposição à violência sobre as características parentais de afeto e controle e sobre o funcionamento sócio-emocional da criança. Constataram que tais variáveis se mostraram preditoras de problemas nas varíaveis de desfecho, sustentando a hipótese de que as variáveis ambientais influenciam o comportamento dos pais, tendo impacto para o desenvolvimento das crianças.

Constata-se nos estudos citados que o ambiente familiar das crianças que convivem com depressão dos pais pode se configurar como uma condição de risco ao seu desenvolvimento, pois a sintomatologia do transtorno afeta a parentalidade, como por exemplo, a responsabilidade nos cuidados dos filhos, como ressaltado por Elgar, Mills, McGrath, Waschbuch e Brownridge (2007), quando do estudo do comportamento parental como um mediador da associação entre sintomas depressivos dos pais e problemas de ajustamento das crianças.

A parentalidade e o ajustamento dos filhos no contexto da depressão materna, também foram estudados por Foster, Garber e Durlak (2008), que examinaram a relação de tais variáveis com a remissão da depressão. Constataram que, nessas condições, as relações mãe-filho mostraram-se permeadas por altos níveis de sintomas depressivos, associaram-se a baixos níveis de afeto e contavam com a presença excessiva de negatividade nas interações. Em estudo semelhante, ao examinar se o funcionamento familiar e a parentalidade mediavam a relação entre a remissão da depressão materna e o ajustamento psicossocial das crianças, Foster et al. (2008b) notaram que a remissão foi relacionada a níveis mais baixos problemas de internalização e externalização das crianças e jovens. Além disso, os resultados também evidenciaram que tal melhora dos sintomas depressivos da mãe foi relacionada a mudanças no exercício da parentalidade, quanto às suas expressões de carinho e aceitação dos filhos. Os autores também relataram que ocorreram mudanças na conduta dos pais quanto à maior

coesão, expressividade e diminuição de conflitos quando a depressão foi tratada e a sintomatologia remitida.

Na convivência com a psicopatologia dos pais a comunicação mãe-criança empobrecida mostrou-se associada a mais problemas de conduta e a sintomas depressivos para meninos e meninas, em estudo transversal que examinou os riscos potenciais para tal desfecho, em crianças ucranianas (Drabick, Beauchaine, Gadow, Carlson, & Bromet, 2006). O referido estudo constatou ainda que em situações de conflito na relação com os pais, a labilidade emocional e os problemas de atenção da criança tenderam a ser mais exacerbados, e os pais, por sua vez, tenderam a serem mais propensos a desenvolverem uma disciplina coercitiva. As interações coercitivas tenderam a se tornarem aversivas, e consequentemente, a comunicação pais-criança empobrecida mostrou-se associada ao distanciamento parental. Também foram constatadas diferenças significativas de sensibilidade materna, padrões de relações e padrões de comunicações, ao se comparar, de forma transversal, grupos de mães com depressão com mães que não apresentam tal psicopatologia (Hwa-Froelich, Cook & Flick, 2008).

O impacto dessa adversidade para as relações familiares também foi constatado por Bordin et al. (2009), que verificaram que a depressão e a ansiedade maternas, o pai ausente e a punição severa se mostraram associados a problemas de saúde mental das crianças, em estudo transversal, que examinou a relação entre problemas de saúde mental infantil e castigos físicos severos, considerando diversos fatores de risco. Mães depressivas demonstraram maior desapego nas relações com os filhos e pouco controle nas interações com os mesmos, como relatado por Dietz et al., 2008, que comparou as interações mãe-criança e estilos parentais de famílias de crianças com depressão maior, de jovens com risco para depressão, e grupo de controle saudável. Este estudo também constatou que o aumento da discórdia nas interações entre pais-filhos mostrou-se associado a um maior risco de desenvolvimento de depressão precoce, por parte das crianças.

Entretanto, por terem caráter dinâmico e interativo, as relações pais-filhos também se retro alimentam, onde o comportamento dos filhos também oferece influência às respostas dos pais. Nesse sentido, Gross, Shaw e Moilanen (2008), em estudo realizado somente com meninos, constatou que foi possível estabelecer um modelo recíproco entre a relação de sintomas depressivos dos pais e os problemas de comportamento das crianças, em função da variação da sintomatologia materna.

Partindo de tal pressuposto de que as interações entre pais e filhos se autorregulam, alterando os sistemas de regras colocados aos filhos, Hipwell, et al. (2008) examinaram as

relações recíprocas entre a parentalidade e o comportamento infantil, em um estudo longitudinal que acompanhou as crianças de sete a 12 anos, e identificaram que à medida que as crianças crescem a necessidade de regras diminui, entretanto, quando apresentam problemas de comportamento, as regras são enfatizadas e passam a ser mais punitivas. Constataram ainda, que os comportamentos das crianças afetam reciprocamente os comportamentos parentais, sendo associados a variáveis contextuais de risco, como a pobreza, pertencer a uma minoria étnica, e a experimentar punição severa.

Marshall e Harper-Jaques (2008) apresentaram, sob um olhar clínico-interventivo, diversas considerações acerca do amplo impacto que os sintomas da depressão materna podem oferecer para as relações familiares. Tais pesquisadores sugeriram, inclusive, que algumas estratégias podem diminuir esse impacto ao se viabilizar diálogos, tratamento, informação e espaço para a reflexão entre os familiares.

Com base em análise de publicações sobre o tema depressão e parentalidade, em um editorial à revista Psychological Medicine, Psychogiou e Parry (2014) consideraram que apesar de vários dados publicados pelos pesquisadores mostrarem que a depressão dos pais tem um efeito negativo sobre as interações deles com seus filhos, os mecanismos subjacentes aos prejuízos da parentalidade, ainda não foram especificamente identificados. Os autores sugeriram que os sintomas da depressão parental permeiam as relações familiares, sendo agentes de processos inter-relacionais, que acabam por afetar a forma como os pais exercem a parentalidade. Ressaltaram a necessidade de uma melhor compreensão desses processos, apontando as suas implicações para o desenvolvimento de intervenções mais específicas e eficazes, de modo a interromper a intergeracionalidade da psicopatologia depressiva.

Considerando as adversidades reconhecidas que a psicopatologia materna pode oferecer ao contexto de desenvolvimento dos filhos, cabe pensar quais os recursos que as famílias, que convivem com tal adversidade dispõem para se organizar de modo a diminuir o impacto de tal condição. Dado que a depressão materna é uma adversidade associada a outros fatores que interagem no contexto familiar, entende-se que caracterizar os fatores de organização familiar pode ser uma forma de identificar como as famílias que convivem com esta condição se estruturam, para responder a tais demandas. De forma breve, apresentar-se-á, a seguir, alguns estudos que abordaram a depressão materna, considerando algumas variáveis relacionadas à organização familiar.

Os sintomas depressivos dos pais foram preditores de baixo monitoramento do comportamento dos filhos, de baixos cuidados familiares e de alto nível de rejeição (Elgar et al., 2007). Além disso, os estilos de apego das mães depressivas com suas crianças foram

influenciados pela baixa autoestima e insegurança, podendo também refletir relacionamentos conflituosos com os pais das crianças (Talati et al., 2007).

A depressão materna pode comprometer inclusive os cuidados com a saúde e a alimentação dos filhos, dependendo do contexto socioeconômico em que as famílias estão inseridas, como apontado por Brecailo e Saldan (2013) em revisão de literatura que examinou as consequências da depressão materna e pós-parto nos cuidados com os filhos. Também, com foco sobre os cuidados físicos das mães deprimidas para com seus filhos, o estudo longitudinal de Schwebel e Brezausek (2008) relatou associações entre a cronicidade e gravidade da depressão materna e maiores riscos de lesões físicas por parte de seus filhos, na primeira infância.

Dentre os fatores atenuantes da influência da sintomatologia depressiva da mãe para o desenvolvimento dos filhos Chang, Halpern e Kaufman (2007) constataram que o maior envolvimento positivo do pai no cuidado com as crianças mostrou-se associado à diminuição de problemas no desenvolvimento das mesmas.

Nesse contexto, ao estudarem, por meio de estudos de casos, processos de adversidade e proteção em famílias que convivem com a depressão materna, Pizeta e Loureiro (2012) compararam as condições de desenvolvimento de crianças com e sem dificuldades comportamentais, identificando dentre as crianças do segundo grupo que a organização da rotina familiar, com a efetiva participação paterna e a postura proativa materna no enfrentamento do cotidiano de adversidades foram condições favorecedoras de desenvolvimento.

Na análise dos estudos referidos, constatou-se que não foi a totalidade das crianças expostas à depressão materna que apresentou problemas, sendo de interesse verificar quais as condições que podem favorecer as respostas adaptativas ou à resiliência frente a tal adversidade, como apontado pelo editorial de Melchior e van der Waerden (2016) que ressaltou que o fortalecimento das famílias pode ser um caminho mais propício para prevenir problemas psicológicos em crianças, pois, apesar de os problemas socioemocionais dos pais se mostrarem como risco, se manejados, podem se configurar como recurso ao desenvolvimento infantil.

Nesse contexto, se insere o estudo das variáveis contextuais que podem ser protetoras à saúde mental infantil, tal como apontado por Ferriolli, Marturano e Puntel (2007), que analisaram as associações do contexto familiar e dos problemas emocionais/comportamentais de crianças cadastradas em Programa Saúde da Família, tendo constatado o valor positivo para o comportamento infantil, atribuído ao ter uma rotina diária com horários definidos, além

de ter maior acesso a atividades para preencher o tempo livre. Com sentido semelhante, Marturano e Elias (2016), em estudo transversal, que testou indicadores preditivos de problemas de comportamento em escolares, considerando adversidades familiares e escolares, constataram que a rotina diária foi o principal atenuador de problemas externalizantes, sinalizando que a estabilidade familiar ambiental mostrou-se um recurso protetor ao desenvolvimento.

Goodman et al., (2011), com base em uma robusta metanálise, constataram a necessidade de novas pesquisas que abordem, com a mesma amostra, condições contextuais de adversidade e de proteção do ambiente familiar de crianças que convivem com a depressão materna, o que também foi enfatizado por Psychogiou e Parry (2014) ao referirem a necessidade de estudos que abordem os processos subjacentes, que influenciam a parentalidade, para as crianças que convivem com a depressão dos pais.

O presente estudo se insere nessas lacunas apontadas ao abordar os padrões de organização familiar, quando da convivência com a depressão materna, buscando estudar as condições de adversidade e de proteção que podem influenciar o comportamento das crianças em idade escolar.

Sob a perspectiva teórica da psicopatologia do desenvolvimento, o cumprimento das tarefas próprias de um determinado estágio desenvolvimental corresponde a um importante sinalizador de adaptação. De maneira similar, a constatação de dificuldades para a realização das tarefas consiste em um acurado indicador de desajuste (Masten & Gewirtz, 2006).

Para as crianças em idade escolar a competência cognitiva para o aprendizado escolar formal e a competência comportamental de autorregulação e adaptação ao meio social mais amplo, podem ser considerados indicadores da adequação da criança às demandas de aprendizagem e de relacionamento esperadas pela sociedade para esse período do ciclo vital (Marturano, Trivellato-Ferreira & Gardinal, 2009). No presente estudo abordar-se-á, para as crianças em idade escolar, o comportamento como um indicador de adaptação.

Considerando que o comportamento infantil pode apresentar alterações, de acordo com o contexto familiar em que a criança estiver inserida, e que os padrões de organização familiar são uns dos sistemas que contribuem para o desenvolvimento do grupo familiar e de seus membros segundo Walsh (2005), buscar-se-á identificar como a depressão materna influencia os padrões de organização familiar, e de que forma esses padrões se associam ao comportamento das crianças.

Nesse contexto, o presente estudo se propõe a contribuir com o conhecimento sobre os padrões de organização das famílias que convivem com a depressão materna, abordando

condições de adversidades e de proteção, tendo como foco o comportamento de escolares, visando fornecer dados que possam subsidiar práticas de saúde mental.

Estabeleceu-se como hipóteses norteadoras que as famílias de crianças que convivem com a depressão materna, em comparação às famílias com mães sem transtornos psiquiátricos apresentam: a) quanto às crianças, mais dificuldades comportamentais; b) quanto ao ambiente familiar, referem mais eventos adversos e menos recursos, e c) relatam menos indicadores de padrões de organização familiar positivos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar os padrões de organização familiar de crianças, em idade escolar, que convivem com a depressão materna, em comparação com os de crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica, tendo como foco o comportamento das crianças, as adversidades e os recursos do ambiente familiar.

2.2 Objetivos Específicos

- Comparar o grupo de crianças que convivem com a depressão materna com o de crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica quanto as seguintes variáveis: a) os indicadores comportamentais das crianças, b) as adversidades do ambiente familiar, c) os recursos do ambiente familiar, e d) os padrões de organização familiar.
- Comparar o grupo de crianças com problemas de comportamento com o de crianças sem problemas de comportamento quanto as seguintes variáveis: a) as adversidades do ambiente familiar, b) os recursos do ambiente familiar, e c) os padrões de organização familiar.
- Verificar as possíveis associações entre as variáveis: a depressão materna, comportamento infantil, as adversidades, os recursos do ambiente familiar e os padrões de organização familiar.

3 MÉTODO

O presente estudo está inserido em um projeto de pesquisa mais amplo, sob a coordenação da orientadora desse trabalho, o qual objetiva a identificação do impacto da depressão materna para crianças em idade escolar e aborda aspectos relativos ao comportamento e à saúde mental das crianças, ao ambiente familiar e à rede de apoio social no contexto de convivência de tais famílias (CNPq 302155/2010-4). O presente estudo é um desdobramento do Doutorado da psicóloga Fernanda Aguiar Pizeta (2014)[1] junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP – USP).

3.1 Delineamento

Adotou-se um delineamento transversal, correlacional, de comparação entre grupos, utilizando-se dados obtidos a partir de distintas fontes e técnicas.

3.2 Aspectos éticos

O estudo maior do qual esse projeto é um desdobramento, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da FMRP – USP (HCFMRP – USP), segundo o Processo CEP-HCFMRP nº 6395/2011 (ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa). O presente estudo utilizou-se dos dados coletados para o referido doutorado.

As mães participantes foram informadas a respeito dos objetivos do estudo, recebendo esclarecimentos quanto à ausência de prejuízos ou danos decorrentes de sua participação, ou de seu filho, no mesmo. Foram orientadas quanto à possibilidade de desistência da participação em qualquer momento da coleta, sem quaisquer implicações para o atendimento recebido nos serviços de saúde onde frequentavam. Foi também ressaltado, nesta ocasião, o caráter voluntário da participação e o compromisso dos pesquisadores com o sigilo das informações.

---

1 *Depressão materna, estressores e resiliência: preditores do comportamento de escolares.* Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Antecedendo a coleta de dados, foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Mães *com depressão* e ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Mães *sem transtorno psiquiátrico*). Contou-se com ainda com a anuência das crianças para a sua participação, sendo igualmente ressaltada a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo, orientando que tal decisão não acarretaria prejuízos a ela ou aos seus familiares.

Foram oferecidas sessões devolutivas sobre os resultados das avaliações para todas as participantes que mostraram interesse. Nesses momentos foram oferecidas informações que focalizavam os recursos cognitivos e os indicadores comportamentais dos filhos (dificuldades e recursos pró-sociais), sendo que, quando detectadas dificuldades por parte das crianças ou das mães, foram realizados encaminhamentos para os serviços de saúde. Da amostra total, 30% das mães solicitaram a sessão devolutiva, dentre as quais, a maioria pertencia ao grupo de mulheres com depressão. Também foram oferecidas devolutivas aos serviços de saúde que foram fonte de participantes, atendo-se aos dados gerais coletados no estudo, relativos à depressão, ao comportamento das crianças e aos recursos e adversidade do ambiente familiar, visando a orientação quanto aos indicadores de dificuldades e as possibilidades de manejo das mesmas e evitou-se de forma ativa qualquer identificação de pessoas ou famílias específicas.

3.3 Participantes

3.3.1 Caracterização dos participantes

Foram avaliadas 100 díades mães-crianças, distribuídas em dois grupos caracterizados a seguir:

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

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

3.3.2 Seleção dos participantes – critérios de inclusão e exclusão

O contexto de origem de ambos os grupos, o município de Ribeirão Preto - SP, é uma cidade de médio porte, cuja população aproximada é de 674.405 habitantes, com área total de 652,31 km² (IBGE, 2016) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,800, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (IBGE, 2010). Este levantamento coloca esta cidade em 40ª posição, em relação aos outros municípios do Brasil, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil-2013, construído com base nas informações do IBGE (2010).

Seleção das mulheres/mães de G1

Para a composição de G1, adotou-se uma amostra clínica de conveniência, para a qual foram selecionadas mulheres/mães que estivessem na faixa etária entre 25 e 45 anos, que tivessem filhos em idade escolar (7 a 12 anos), atendidas nos serviços ambulatoriais de saúde mental do município de Ribeirão Preto-SP (Ambulatório Regional de Saúde Mental e Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-FMRP-USP), com diagnóstico psiquiátrico de depressão recorrente.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão que elas deveriam apresentar, pelo menos, um episódio depressivo grave ou moderado nos últimos dois anos, estando em remissão dos sintomas depressivos nos últimos seis meses, tal critério foi utilizado com o objetivo de evitar que os sintomas atuais do transtorno depressivo pudessem alterar as respostas das informantes. Para o estabelecimento do diagnóstico, tomou-se por referência os critérios da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2009), sendo incluídas no estudo as mulheres que apresentaram diagnóstico de depressão recorrente, correspondendo às classificações: F33.1, F33.2 e F33.3.

Foram excluídas da amostra: mães com diagnósticos de depressão maior com episódio único (F32) e exclusivamente com episódios leve (F32.0/ F33.0) nos últimos dois anos, mulheres que apresentaram episódios moderados ou graves nos últimos seis meses, e aquelas que apresentavam comorbidades com outros transtornos, tais como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtornos de personalidade e do comportamento do adulto, de forma a evitar a interferência de outras condições de psicopatologia, que poderiam ser variáveis de confundimento.

O recrutamento da amostra foi feito por meio do contato com os responsáveis pelo atendimento psiquiátrico nos serviços referidos, que atendem os moradores das regiões Leste,

Sul, Norte e Oeste de Ribeirão Preto. Estas unidades abrangem juntas, quatro dos cinco distritos existentes no município referido, oferecendo atendimento nas especialidades de Psiquiatria e Psicologia Clínica para pessoas a partir de 18 anos.

Concomitante à coleta de dados desse estudo, foi realizado por Reis (2012) um levantamento do perfil epidemiológico da população atendida no Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP, o qual foi também utilizado para a identificação de participantes de G1. Tal estudo revelou que 8% da população atendida apresentava características demográficas semelhantes ao perfil definido para as mães de G1 do presente estudo, assim, de um total de 1281 usuários do referido serviço, foram identificadas cerca de 110 mulheres com idade entre 18 e 49 anos.

Seleção das mulheres/mães de G2

Para a composição de G2 selecionou-se, por conveniência, uma amostra da comunidade, tendo por critérios de inclusão mulheres/mães na faixa etária de 25 a 45 anos, com ausência de episódios depressivos e de outros transtornos mentais, atuais ou anteriores à coleta. Foram recrutadas mulheres atendidas na Unidade de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde (USF), localizada na região Oeste do município referido, a qual atende a sub-região 5. Esta Unidade oferece atendimentos em Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia e Enfermagem, constituindo-se como referência de saúde para moradores de diversos bairros. Foram excluídas dessa amostra as mulheres que apresentaram algum transtorno mental pregresso, ou que fizeram referência a sintomas emocionais atuais.

De ambos os grupos foram excluídas mulheres que relataram história de outras doenças crônicas graves, tais como: câncer, AIDS, cardiopatia, nefropatia, hepatopatia, hanseníase, esclerose múltipla, Parkinson, tuberculose ativa e paralisia irreversível e incapacitante.

Seleção das crianças

A seleção das crianças foi realizada tendo por base a identificação das mães. Foram incluídas no estudo crianças na faixa etária especificada (sete a 12 anos) que apresentassem o desempenho intelectual relativo ao percentil pelo menos médio inferior, no teste Matrizes Progressivas de Raven- Escala Especial, e que convivessem com suas mães biológicas, sendo incluída apenas uma criança por família.

Como critérios de exclusão, considerou-se: crianças órfãs, ou com história de adoção, com retardo mental, ou com deficiências sensoriais aparentes, visando controlar outras variáveis que poderiam ser de confundimento em relação ao comportamento das crianças.

Quando da identificação de duas ou mais crianças na mesma família, com as características adotadas no estudo, incluiu-se apenas uma criança, utilizando-se como critério de escolha, as características das díades já coletadas quanto ao perfil sociodemográfico das crianças. Além disso, objetivando controlar outras possíveis variáveis de confundimento buscou-se balancear os grupos das crianças quanto à idade e ao sexo.

3.3.3 Percurso amostral

Primeiramente, realizou-se a identificação das mães de G1 por meio de consulta a todos os prontuários das mulheres atendidas pelos referidos serviços ambulatoriais de Saúde Mental, tendo sido realizada junto ao sistema informatizado de gestão em saúde HYGIA, quando esse estava disponível, considerando informações sobre sexo, idade e diagnóstico dos usuários. Quando o HYGIA não estava disponível, realizou-se a busca nos prontuários físicos, armazenados nos serviços.

Foram consultados os prontuários entre os anos de 2006 a 2013, de forma a avaliar os registros da história clínica das usuárias dos serviços. Identificou-se assim, 582 mulheres com idades entre 25 e 45 anos, as quais constavam nos registros de atendimentos médicos, com diagnóstico(s) de depressão recorrente (F33.1, F33.2 ou F33.3). Foram então excluídas deste primeiro grupo 314 mulheres por não terem filhos em idade escolar, restando 268 mulheres/mães possíveis de pré-inclusão no estudo.

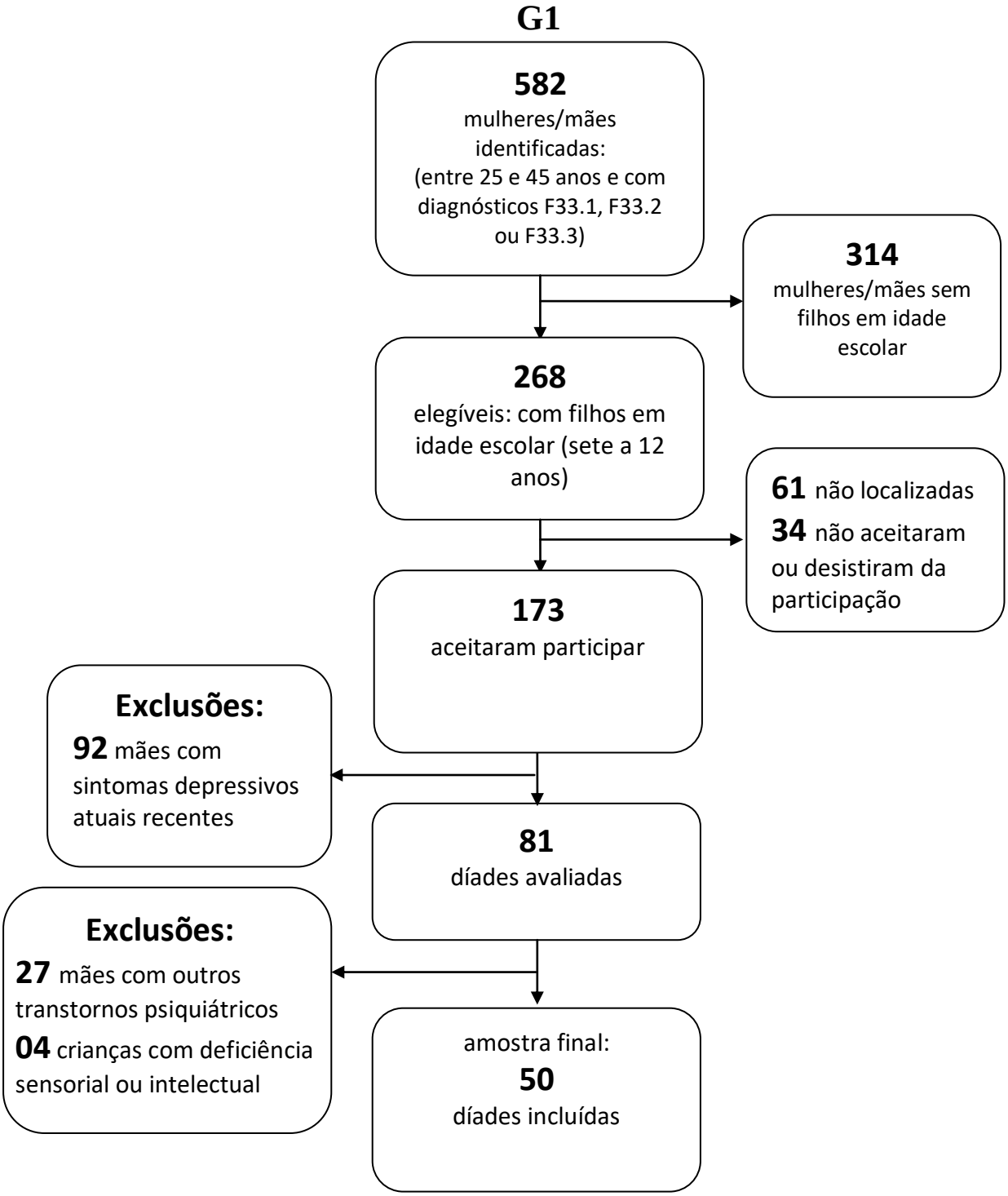
Uma leitura criteriosa dos prontuários excluiu 92 mulheres, por apresentarem sintomas depressivos recentes, nos seis meses anteriores à coleta. Destas, 61 mulheres identificadas não foram localizadas, e outras 34 desistiram da participação ou declinaram do convite, assim, foram excluídas 187 mulheres nesta primeira etapa, restando 81 mulheres elegíveis.

Foi realizada a avaliação integral de 81 díades mães-crianças e após essa etapa foram excluídas 31 díades, em razão da constatação da presença de deficiências sensoriais ou intelectuais em quatro crianças avaliadas e da presença de outros transtornos psiquiátricos em 27 mães. Na amostra final de díades de G1, foram incluídas 50 mães, com suas respectivas crianças, as quais tinham o diagnóstico de depressão recorrente, confirmado pela Entrevista Clínica

Estruturada para o DSM-IV – SCID (Del-Ben, 1995; Del-Ben et al., 2001). Além do diagnóstico citado, as mulheres deveriam ter apresentado pelo menos um episódio moderado ou grave nos dois anos anteriores à coleta dos dados, e não terem apresentado sintomas nos últimos seis meses.

O percurso amostral de G1 está apresentado na Figura 1.

Figura 1: Percurso amostral das díades de G1 (mães com depressão).



Fonte: autoria própria.

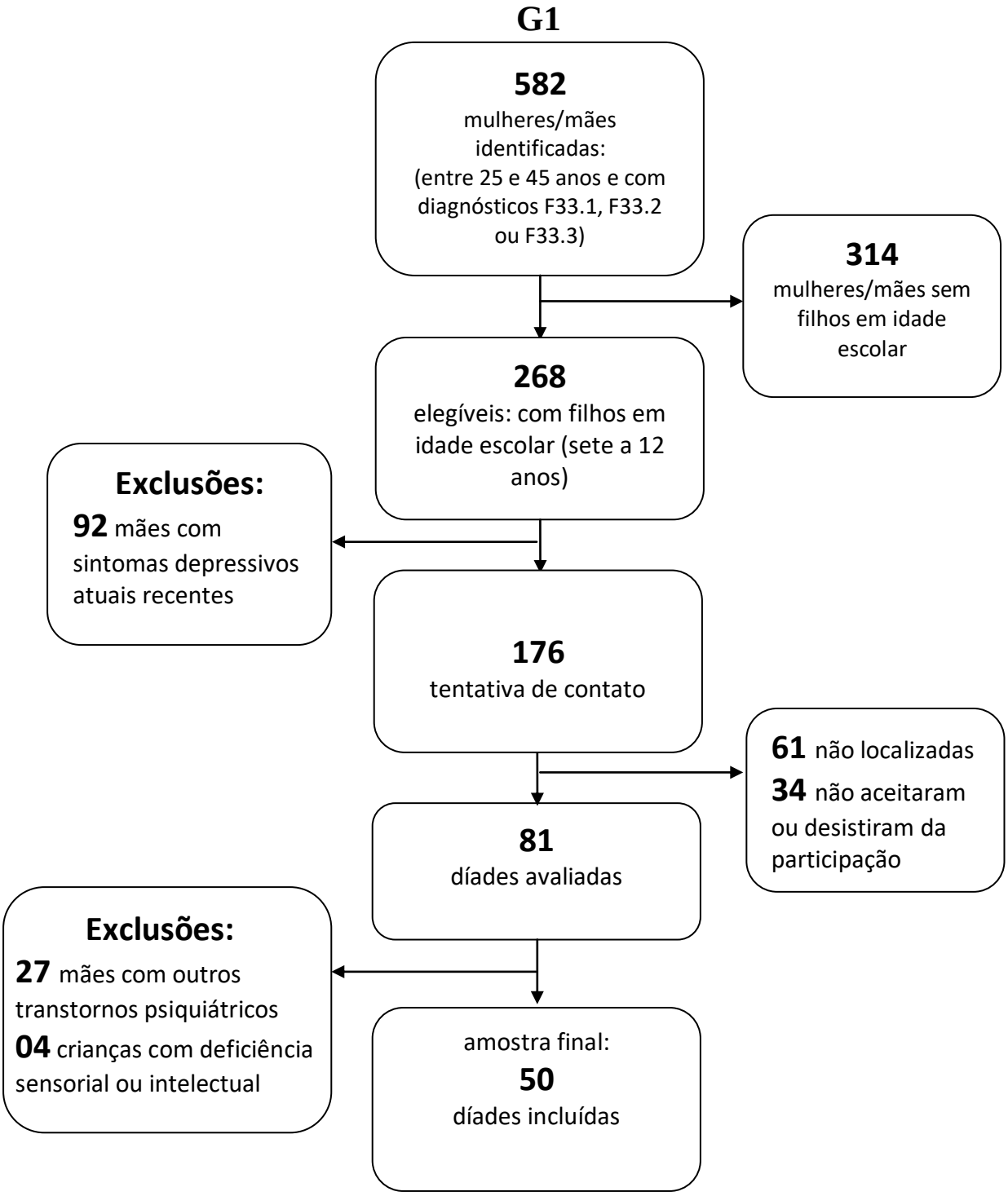
Como citado anteriormente, diferentemente do grupo de mães com depressão, o G2, teve como fonte inicial os dados cadastrais oferecidos pelos agentes comunitários da USF referida. Estes forneceram uma lista com 161 nomes de mulheres/mães que possivelmente se enquadrariam nos critérios de inclusão desse grupo, por serem identificadas como saudáveis, terem entre 25 e 45 anos, e apresentarem filhos em idade escolar.

Tais mulheres foram contatadas, inicialmente, via telefone ou visita domiciliar e constatou-se que, em oito díades, as crianças ou mulheres se encontravam fora da faixa de idade definidas como critério de inclusão, sendo então excluídas do grupo inicial. Das 153 mulheres entre 25 e 45 anos, com filhos em idade escolar que permaneceram nesta etapa como elegíveis, 27 foram excluídas por não terem sido localizadas e outras 39 por não aceitarem participar do estudo seja incialmente, ou mesmo após iniciada a primeira avaliação, sendo então identificadas 87 possíveis participantes.

Foram avaliadas as 87 díades, procedendo-se então a última etapa de exclusão, que deixou de fora do estudo outras 37 díades, a saber, 34 mães por apresentarem manifestações atuais de depressão ou de outros transtornos psiquiátricos, identificados por meio da aplicação do Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) e da SCID-NP (versão não paciente) (Del-Ben, 1995; Del-Ben et al., 2001); e outras três díades foram excluídas por serem compostas por crianças referidas como portadoras de deficiências sensoriais.

Assim, constituiu-se a amostra das díades de G2 com 50 díades mãe-criança, sendo que o percurso amostral acima relatado pode ser acompanhado na Figura 2.

Figura 1: Percurso amostral das díades de G1 (mães com depressão).



Fonte: autoria própria.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Instrumentos utilizados para a seleção dos participantes e alocação nos grupos

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

Instrumento aplicado tanto às mães de G1, quanto às mães de G2, para a avaliação diagnóstica sistemática. Para a inclusão das mães participantes de G1, o referido instrumento permitiu a identificação do transtorno depressivo recorrente, e a exclusão de tal grupo das mães que apresentassem comorbidades psiquiátricas. Para a inclusão das mães no G2, o instrumento permitiu a exclusão sistemática de transtornos psiquiátricos. As informantes responderam à referida entrevista semiestruturada, traduzida e adaptada para o nosso meio por Del-Ben (1995) e Del-Ben et al. (2001). Os módulos da SCID utilizados para a seleção das mães com depressão visando a confirmação diagnóstica da depressão recorrente e a exclusão das comorbidades foram: Revisão Geral, da SCID I, e os módulos A, B, C, D e F, além da SCID II. Tal avaliação ofereceu ainda informações para a caracterização dos perfis clínicos das mães de G1, oferecendo informações sobre o uso de antidepressivos, a gravidade, a duração, o período de ocorrência e o número de recorrências dos episódios depressivos, podendo-se assim identificar o momento da primeira exposição da criança à depressão materna. Para a seleção das mães que constituíram o G2, utilizou-se a SCID-NP (versão para não pacientes), para avaliar e excluir do grupo as mães que apresentavam transtornos psiquiátricos passados ou recentes.

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

Este instrumento foi utilizado somente com as mães de G2, como complemento às informações obtidas pela SCID-NP, visando a exclusão desse grupo de mães que apresentassem sintomas depressivos atuais. Trata-se de uma adaptação do Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) o qual foi desenvolvido por Spitzer et al. (1994) e validado em por Spitzer et al. (1999) e por Kroenke et al. (2001), tendo sido elaborado para a identificação de transtornos depressivos em serviços de saúde de níveis primários. O PHQ-9 é um módulo do PRIME-MD, voltado para a identificação específica do

diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (DSM-IV), visa rastrear os sintomas e os classifica quanto aos níveis de gravidade do transtorno atual detectado.

Tal instrumento é composto de nove itens, com respostas em escalas ordinais, que variam de zero a três, de acordo com a frequência em que os sinais e sintomas de depressão ocorreram, considerando os 15 dias anteriores à avaliação. Pontua-se zero se o sintoma não ocorreu nas últimas duas semanas, um se ocorreu vários dias desse período, dois se ocorreu em mais da metade dos dias e três quando ocorreu em quase todos os dias. Como indicador positivo de sinais e sintomas de Depressão Maior, se considera o escore total dos itens, sendo que valor maior ou igual a 10 pontos, em um total de 27 itens, é considerado um indicador positivo para a depressão.

Esse instrumento apresenta uma versão em português, a qual foi utilizada no presente estudo, traduzida pela Pfizer[2] (ANEXO D – Questionário sobre a Saúde do Paciente-9). As qualidades psicométricas dessa versão foram obtidas em comparação com a SCID, alcançando excelente validade, com uma área sob a curva ROC (AUC) de 0,998 ($p < 0,001$); e a nota de corte igual a 10 mostrou-se mais adequada para o rastreamento da depressão, tendo sensibilidade (S) de 1,00, especificidade (E) de 0,98, valor preditivo positivo de 0,97, e negativo de 1,00, com eficácia diagnóstica de 0,999 (Osório, Mendes, Crippa, & Loureiro, 2009).

No presente estudo, as mães candidatas a constituírem o G2 foram avaliadas inicialmente pelo PHQ9, e quando apresentaram escore igual ou acima de 10, foram excluídas, e aquelas com escore menor que 10 foram avaliadas pela SCID-NP, com o objetivo de excluir a presença de depressão e de outros transtornos psiquiátricos.

- <u>Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Escala Especial)</u>

Instrumento aplicado às crianças, utilizado para a realização da seleção da amostra, quanto ao cumprimento do critério de inclusão relativo ao desempenho intelectual. Foram incluídas crianças que apresentaram desempenho intelectual maior ou igual ao percentil médio inferior (≥25).

Este teste foi adaptado às normas brasileiras para avaliação dos recursos intelectuais de crianças por Angelini, Alves, Custódio, Duarte, W. e Duarte, J. (1999), tendo por referência uma amostra representativa de crianças na faixa etária de cinco a 11 anos, provenientes de escolas públicas e particulares da cidade de São Paulo. O teste é composto

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

por 36 itens, nos quais há uma subdivisão em três séries (A, Ab e B), sendo cada uma delas, constituída por doze problemas. Salienta-se que a validade do constructo foi verificada por meio da constatação do aumento progressivo nos resultados do teste, de acordo com a idade cronológica das pessoas avaliadas. Além disso, também se verificou a validade por meio da consistência interna, sendo que a maioria dos itens satisfez o critério correlação item-total entre 0,30 a 0,80. A precisão do instrumento foi avaliada pelo coeficiente de correlação entre os itens (método das metades) para a amostra total, sendo constatado o valor de 0,92, considerado adequado (Angelini et al., 1999).

3.4.2 Instrumentos utilizados para o estudo propriamente dito

- Questionário Geral

Esse questionário (APÊNDICE A – Questionário Geral) foi utilizado para a coleta de informações socioeconômicas das famílias e foi elaborado para o uso no estudo mais amplo (Pizeta, 2014), anteriormente citado, sendo que as informações foram levantadas quanto a: (a) mães – endereço, condições de moradia, idade, sexo, cor, naturalidade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, número de filhos biológicos e adotivos e presença de doença crônica; (b) famílias – constituição, renda mensal e nível socioeconômico; (c) crianças – idade, sexo e escolaridade. Avaliou-se ainda, condições da gravidez, histórico de depressão familiar, de violência doméstica, a presença de doenças crônicas e deficiências por parte das crianças. Para a classificação do nível socioeconômico em que as famílias estavam inseridas, tomou-se por base o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP (ANEXO E - Itens do Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas).

- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (ANEXO F – Questionário de Capacidades e Dificuldades) foi incluído no presente estudo para identificar as crianças *Sem e Com Dificuldades* comportamentais e para a avaliação do comportamento destas crianças em

escalas específicas. Trata-se de um instrumento que tem como proposta realizar uma avaliação das dificuldades comportamentais das crianças e jovens de quatro a 16 anos, tendo sido elaborado por Goodman (1997) e validado para a realidade brasileira por Fleitlich, Cortázar e Goodman (2000).

O SDQ é de uso livre (http://www.sdqinfo.com/), apresenta versões para pais, professores e jovens maiores de 11 anos, e para o presente estudo utilizou-se a versão para pais, que foi aplicada às mães. O instrumento contém 25 itens, dentre os quais, cinco itens tratam das capacidades da criança (agrupados na Escala de Comportamento Pró-Social), 19 tratam das dificuldades comportamentais da mesma, além de um item neutro ("*relaciona-se melhor com adultos do que com outras crianças*"). Os itens que avaliam as dificuldades são agrupados em quatro escalas (Escala de sintomas Emocionais, Escala de Problemas de Conduta, Escala de Hiperatividade e Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas).

As respostas são apresentadas em forma de alternativa, que oferecem a possibilidade do informante responder: *verdadeiro*, *mais ou menos verdadeiro* e *falso*, sendo cada resposta pontuada como zero, um ou dois, dependendo do item. Considera-se também a pontuação por escalas, em que cada uma pode ser contabilizada com escores que variam entre zero a 10 pontos. A pontuação máxima de problemas de comportamento, ao somar-se a pontuação das quatro escalas de dificuldades mencionadas é de 40 pontos, sendo que quanto maior o escore, mais problemas comportamentais na área específica avaliada e quanto ao escore geral. A Escala de Comportamento Pró-Social corresponde às capacidades, sendo que quanto maior a pontuação obtida, mais recursos a criança apresenta. Para cada uma das cinco escalas, o instrumento oferece notas relativas às categorias: *normal*, *limítrofe* e *anormal*.

Como nota de corte indicadora de problema, adotou-se os valores propostos por Goodman (1997), sendo que o escore total maior que 16 corresponde à categoria *anormal*, os escores iguais ou inferiores a esse valor, correspondem às categorias *limítrofe* e *normal*, respectivamente. No presente estudo, tanto para as classificações do escore total quanto para a classificação das escalas, adotou-se a nomenclatura *Sem Dificuldades* para os escores incluídos nas as categorias *limítrofe* e *normal* e *Com Dificuldades* para a categoria *anormal*.

Em relação à fidedignidade e à validade do instrumento no Brasil, os dados psicométricos foram apresentados por Woerner et al. (2004). Para tal avaliação, os autores utilizaram o método teste-reteste e o cálculo do alfa de Cronbach, por meio dos quais verificaram ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas avaliações, com um intervalo médio de aproximadamente 20 dias entre cada aplicação (teste de amostras

pareadas, p = 0,148), tendo identificado correlações de 0,79 entre as avaliações e de 0,77 intra-classe (ambos com p < 0,001). Para o estudo da validade, os referidos autores compararam o SDQ ao instrumento diagnóstico DAWBA (*Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents*), sendo que a concordância mostrou-se satisfatória ($\chi 2$ = 13,1; p < 0,001). Fleitlich et al. (2000) compararam o SDQ aos questionários que avaliam problemas comportamentais, Rutter e ao CBCL (*Child Behavior Checklist*), identificando valores de correlações relevantes, respectivamente de 0,90 e de 0,87.

- Escala de Eventos Adversos (EEA)

A EEA foi utilizada nesse estudo para a avaliação de eventos adversos, que possam ter ocorrido nos 12 meses anteriores à coleta ou anteriormente na vida da criança (ANEXO G – Escala de Eventos Adversos). Trata-se de um instrumento elaborado por Marturano (1999) que é preenchido com base em informações colhidas com as mães, mediante a apresentação, por parte do pesquisador, de uma lista de situações que possam ter ocorrido na vida das crianças. Trata-se de uma escala constituída por 36 itens, distribuídos em: (a) adversidades que incidem mais especificamente sobre as crianças e (b) adversidades que incidem sobre a família. Cada item pode ser pontuado entre zero (indica a ausência do evento) e dois pontos (indica a presença do evento nos 12 meses anteriores à avaliação e anteriormente na vida da criança). A EEA teve a fidedignidade avaliada pelo procedimento de teste-reteste, que forneceu índices satisfatórios de estabilidade em aplicações realizadas com 20 dias de intervalo (Santos, 1999).

Salienta-se que, no presente estudo, a EEA foi utilizada tanto para a avaliação dos eventos adversos, considerando-se assim o escore total do instrumento, a qual agrupa um conjunto de estressores ou adversidades que podem ter ocorrido na vida das crianças ou de suas famílias, em tempo recente.

- Escala de Adversidade Crônica (EAC)

A EAC foi utilizada para a investigação de Adversidades Crônicas que pudessem estar presentes de qualquer período de vida das crianças, com duração ou ocorrência repetida por um ano ou mais (ANEXO H – Escala de Adversidade Crônica). Trata-se de uma escala elaborada por Marturano (1999) sendo nesse estudo, preenchida a partir das respostas oferecidas pelas mães, mediante apresentação, por parte do pesquisador, de uma lista de

condições adversas, acompanhadas da indicação da duração destes estressores em termos de anos e de período de vida da criança em que ocorreram. A EAC é formada por 18 itens que se referem a eventos estressores crônicos que sejam relativos à saúde da criança e dos pais, ao temperamento dos pais e a possíveis conflitos familiares, inclusive conjugais.

- Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)

Instrumento utilizado nesse estudo para a investigação de Recursos do Ambiente Familiar (ANEXO I – Inventário de Recursos do Ambiente Familiar) e para a avaliação de questões relativas aos padrões de organização familiar, especificamente quanto à participação do pai nas rotinas da criança. Trata-se de um questionário elaborado por Marturano (2006), composto de dez tópicos, referentes aos recursos disponibilizados pelo ambiente familiar, divididos em três módulos. O número de possíveis itens pontuados em cada tópico é variável, sendo esses listados a seguir: (1) o que a criança faz quando não está na escola, (2) passeios proporcionados/compartilhados, ajuda em tarefas domésticas, (3) atividades programadas que a criança realiza regularmente, (4) atividades que os pais desenvolvem com a criança em casa, (5) oferta de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento, (6) disponibilidade de jornais/ revista, (7) disponibilidade de livros, (8) supervisão para a escola, (9) atividades diárias com horário definido e (10) ocasiões em que a família está reunida.

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

Para a avaliação dos Recursos do Ambiente Familiar considerou-se o escore total do RAF.

- Roteiro de Entrevista Semiestruturado - Padrões de Organização Familiar

O roteiro de entrevista semiestruturado foi elaborado para o estudo do mestrado de Pizeta (2014) com o intuito de avaliar indicadores relativos aos processos-chave da resiliência familiar, tal como proposto por Walsh (2005), tendo como foco o impacto das adversidades contextuais para as crenças, os padrões de organização familiar e os processos de comunicação da família (APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturado).

Para o presente estudo, foram utilizadas questões específicas, selecionadas da entrevista aplicada integralmente, visando identificar apenas os processos-chave relativos à organização familiar, sendo esses norteadores para a compreensão de mecanismos protetores ao desenvolvimento. Esse estudo examinará exclusivamente os Padrões de Organização Familiar, propostos por Walsh (2005), avaliando nesse contexto, as categorias descritas abaixo:

- Flexibilidade e Reorganização: padrões regulares de organização do sistema familiar que se caracterizam pela capacidade do grupo reagir de forma flexível às adversidades impostas à rotina, mantendo a funcionalidade e a estabilidade da estrutura familiar e reorganizando a rotina, após o período de crise;

-Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo: padrões regulares de organização familiar que se caracterizam pela frequência e estabilidade de rotinas na vida dos membros do grupo, sendo esta permeada por adequada administração do tempo, na qual os membros conseguem dividir-se, de forma equilibrada, em suas atribuições dentro e fora do ambiente familiar;

- Participação Paterna na Rotina da Criança: padrões frequentes e regulares de interação entre pai e filho, com a participação ativa do pai nas atividades de rotina da criança;

- Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos: padrões frequentes e regulares no provimento de fontes de apoio psicológico, social, econômico e comunitário, com atendimento às necessidades de bem-estar, segurança e estabilidade da família.

As questões selecionadas do roteiro de entrevista utilizadas para contemplar as categorias relativas aos Padrões de Organização Familiar são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Padrões de Organização Familiar e respectivas questões do roteiro de entrevista semiestruturado.

Padrões de Organização Familiar	**Questões do Roteiro de Entrevista Semiestruturado**
Flexibilidade e Reorganização	*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?*
	Em relação ao seu(ua) filho(a), ele(a) tem rotinas a seguir? Descreva um dia típico de seu(ua) filho (a). QUANDO
	Quem define para seu(ua) filho(a) o que pode e o que não pode fazer? Quanto ao ir e vir, quem define o que pode e o que não pode?
Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo	*Pensando em seu dia a dia, como você decide o que fazer e o que não fazer? Você se planeja?*
	Como está dividido seu tempo no que se refere ao seu trabalho (em casa e fora de casa, quando tiver) e às necessidades familiares?
	Quais são seus compromissos com sua família?
	Em relação ao seu(ua) filho(a), ele (a)tem rotinas a seguir? Descreva um dia típico de seu (ua) filho (a).
Participação Paterna na Rotina da Criança	*Em situações relacionadas ao seu(ua) filho(a), você recorre a alguém quando precisa de ajuda ou opinião? A quem*
	Quem é a pessoa que permanece com seu(ua) filho(a) a maior parte do tempo?
	Quem define para seu(ua) filho (a) o que pode e o que não pode fazer? Quanto ao ir e vir, quem define o que pode e o que não pode?
Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos	*Em situações relacionadas ao seu(ua) filho (a), você recorre a alguém quando precisa de ajuda ou opinião? A quem?*
	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?
	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?

Fonte: Pizeta (2014)

3.5 Materiais

Além dos protocolos específicos para a anotação e codificação das respostas da SCID, do Raven, e do SDQ, foi utilizado um gravador de áudio para o registro das informações coletadas com as mães, na aplicação roteiro de entrevista semiestruturado. Também foram utilizados materiais gráficos e gibis para o *rapport* na sessão de aplicação do Raven, com as crianças.

3.6 Procedimentos

3.6.1 Coleta de dados

Como já informado e referido, o presente estudo utilizou um banco de dados advindos do doutorado de Pizeta (2014). De modo a especificar como tal coleta ocorreu, a mesma será detalhada a seguir.

Buscando atender à conveniência das mães, as avaliações foram realizadas em três possíveis locais: nas dependências dos serviços de saúde, de onde vieram as suas identificações; em uma sala cedida por um Centro Social Urbano próximo à residência de algumas das mães; ou em suas próprias casas, priorizando as condições de conforto, privacidade e de isolamento de interferências externas, que viessem a prejudicar a coleta dos dados, ou expor os participantes.

O primeiro contato com as mães foi realizado por telefone, carta ou pessoalmente na data de consulta junto aos serviços de saúde nos quais elas eram atendidas, sendo que nesse momento, receberam informações detalhadas sobre a participação no estudo, sendo esclarecidas sobre os objetivos, riscos e benefícios da sua participação no mesmo.

O início das avaliações só se deu após todos os esclarecimentos necessários, e após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O convite às crianças, para a participação no estudo foi realizado posteriormente, onde os devidos cuidados éticos também foram tomados no sentido de serem informadas sobre os objetivos da pesquisa, para que também pudessem manifestar sua anuência quanto à participação no estudo.

Nesse primeiro contato pessoal com as mães, os pesquisadores coletaram informações referentes à idade e a escolaridade das mesmas e de seus filhos, a ocorrência de casos de adoção entre eles, a presença de problemas de saúde na família, além do histórico de busca por parte das mães por tratamento psicológico, psiquiátrico ou neurológico, ao longo de sua vida.

A seleção e as avaliações com as mães, inicialmente elegíveis para o estudo, foram realizadas por pesquisadores com suficiente experiência clínica, aptos à aplicação da SCID, e que contavam com considerável familiaridade no uso de testes e escalas, incluindo uma doutoranda, uma mestranda e um bolsista de apoio técnico (CNPq).

As avaliações foram realizados por psicólogos e alunos de graduação em Psicologia, bolsistas de Iniciação Científica (IC-FAPESP e IC-CNPq), em sessões individuais, face a face. Foram realizadas três sessões de aplicação dos instrumentos para cada díade, sendo duas com as mães e uma única sessão com as crianças. Pesquisadores distintos foram os avaliadores de mães e crianças, de modo a evitar vieses, sendo que os avaliadores das crianças não tinham acesso às informações sobre o diagnóstico das mães, de forma a evitar vieses.

As sessões de avaliação seguiram o roteiro que será apresentado a seguir, caracterizando as atividades que nelas foram realizadas.

Avaliações com as mães

1ª sessão- Após a leitura e assinatura do TCLE, de forma individual, face-a-face com as mães elegíveis para a composição de G1 foram aplicados o Questionário Geral e a SCID, enquanto que com as possíveis mães de G2 foram aplicados o Questionário Geral, o PHQ-9, seguidos da SCID versão para não pacientes. As mães que preencheram os critérios de inclusão, em seguida responderam ao **RAF,** a **EEA,** a **EAC** e o **SDQ**. O tempo de duração da sessão variou entre 50 e 90 minutos, com média de 70 minutos.

2ª Sessão – Foi aplicada a **Entrevista com Roteiro Semiestruturado** com todas as participantes do estudo. A aplicação foi gravada em áudio e a duração das sessões variou entre 60 e 120 minutos, com média aproximada de 85 minutos. Em alguns casos, na minoria, foi necessária a realização de uma terceira sessão devido ao tempo prolongado de aplicação da entrevista.

Com as mães que manifestaram interesse, foi agendada e realizada mais uma sessão de entrevista devolutiva, sendo esta possibilidade oferecida a todas as mães participantes. A duração aproximada destas sessões foi de 30 minutos.

Avaliação com as crianças

As avaliações com as crianças foram conduzidas por bolsistas de apoio técnico e por bolsistas de iniciação científica, estudantes de graduação do curso de Psicologia.

Sessão única – Realizada individualmente, face a face, com todas as crianças cujas mães foram incluídas no estudo, utilizando como instrumento de avaliação o **Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial.** A aplicação desse instrumento se deu após um breve *rapport*, realizado com o apoio de gibis e material gráfico. Nesta mesma sessão, também foi aplicado o Teste de Desempenho Escolar, sendo que as informações por ele obtidas não serão utilizadas no presente estudo. O tempo total de duração das sessões variou de 30 a 60 minutos, com média de 47 minutos, sendo que com relação ao Raven, o tempo médio foi de 15 minutos.

Precedendo a coleta de dados, os pesquisadores realizaram treinamento para ajustes quanto à forma de conduzir as avaliações, além de terem participado de reuniões regulares com a equipe geral de trabalho de seleção de participantes e coleta de dados, com o intuito de garantir a homogeneidade dos procedimentos, bem com a preservação dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes das amostras.

3.6.2 Tratamento dos dados

Codificação e categorização

A codificação dos dados pautou-se nos indicadores propostos pelas técnicas e nos critérios estabelecidos para a codificação das entrevistas, os quais serão detalhados a seguir.

Para a codificação dos dados obtidos nos instrumentos Raven, PHQ-9, EEA, EAC, e RAF seguiu-se as normas técnicas por eles estabelecidas, tendo os três últimos oferecido informações relativas respectivamente às Adversidades (Eventos Adversos e Adversidades

Crônicas) e os Recursos do Ambiente Familiar. Os instrumentos Raven e PHQ-9 foram utilizados exclusivamente para a inclusão dos participantes nos grupos.

A codificação do Questionário Geral teve por critério o levantamento de frequência das características identificadas. Sobre as crianças, as informações incluíram: sexo, idade e escolaridade. O mesmo se deu para as características das mães, acrescidas também do estado civil, ocupação e o número total de filhos. Quanto às famílias, foram codificadas características que diziam respeito à classe socioeconômica (critérios da ABEP), renda mensal, constituição familiar e histórico de violência doméstica.

A SCID ofereceu os dados para a identificação do perfil clínico das mães e sua inclusão nos grupos. Para G1 permitiu identificar uma caracterização acerca: da gravidade dos episódios depressivos (sendo graves ou moderados); do número de recorrências de tais episódios (dois episódios bem definidos, três episódios bem definidos ou mais de três); do número de internações e de tentativas de suicídio realizadas, além do uso atual de antidepressivos (sendo ele presente ou ausente). Também se pôde categorizar a percepção das mães quanto à condição atual delas mesmas, além da idade da criança quando foi exposta pela primeira vez à depressão materna (sendo esta primeira exposição definida como: precoce, quando ocorreu entre zero e seis anos de idade; ou tardia, quando ocorreu durante o período escolar). Para o G2 os dados da SCID permitiram também a exclusão de transtorno mental, indicação esta essencial para a inclusão no grupo.

O SDQ foi utilizado para avaliar o comportamento das crianças, considerando a presença ou a ausência de dificuldades comportamentais. Para a categorização, se considerou as crianças *Sem Dificuldades* as que apresentaram o escore total ≤ 16 e *Com Dificuldades* as que apresentaram o escore total de problemas no SDQ > 16.

Para a codificação dos dados provenientes do Roteiro de Entrevista Semiestruturado seguiu-se o método proposto por Biasoli-Alves (1998) para a interpretação dos itens, focalizando a compreensão dos dados à luz do referencial teórico aqui utilizado, a psicopatologia do desenvolvimento, de modo a identificar e categorizar as variáveis relativas aos Padrões de Organização Familiar. Para tal, foi elaborado um protocolo que permitiu a análise sistemática dos relatos das mães, tendo por guia a identificação nas entrevistas transcritas na íntegra da presença ou da ausência dos indicadores de recursos avaliados.

Na categorização dos Padrões de Organização Familiar utilizou-se das informações provenientes da entrevista, e com relação à categoria *Envolvimento Paterno na Rotina da Criança*, tais informações foram complementadas com três questões do RAF, as quais serão especificadas no procedimento de codificação, como exposto no Quadro 2.

Para a codificação adotou o critério de pontuar *zero*- quando da ausência desse recurso e *um*-quando da presença do recurso referido no item, sendo a interpretação que quanto maior a pontuação, mais indicadores de recursos relativos aos Padrões de Organização Familiar. Em cada questão relativa aos Padrões de Organização Familiar foram incluídos três itens, assim, a pontuação para cada questão poderia variar entre *zero* e *três*, sendo resultante da somatória das pontuações obtidas nos três itens.

A categoria Padrões de Organização de Flexibilidade e Reorganização foi composta por três questões, cada uma com três itens, podendo a pontuação total da categoria variar entre *zero* e *nove*. A categoria Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo foi composta por quatro questões, cada uma com três itens, com a pontuação total da categoria podendo variar entre *zero* e 12. A categoria Participação Paterna na Rotina da Criança, foi composta por quatro questões, sendo uma proveniente da entrevista, e outras três provenientes do RAF, todos elas compostas por três itens cada, podendo a pontuação total da categoria variar entre *zero* e 12. A categoria Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos foi composta por três questões, cada uma com três itens, podendo a pontuação a sua pontuação total da variar entre *zero* e *nove*. A pontuação total dos Padrões de Organização Familiar é obtida pela somatória das quatro categorias, e pode variar entre *zero* e 42.

Quadro 2: Categorias e questões relativas ao Roteiro de Entrevista Semiestruturado e ao RAF, especificando os valores de codificação que compuseram os indicadores relativos aos Padrões de Organização Familiar.

Codificação dos Padrões de Organização Familiar	
Categorias e Questões	**Pontuação** **Ausente = 0** **Presente = 1**
Flexibilidade e Reorganização	
Questões provenientes da entrevista	
1. 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?	
1.1- Manutenção das atividades recreativas e de lazer	
1.2- Manutenção do Acompanhamento escolar	
1.3- Manutenção dos Cuidados diários	
2. Em relação ao seu(ua) filho(a), ele tem rotinas a seguir? Descreva um dia típico de seu (ua) filho (a). QUANDO	
2.1- Filho(a) mantém a rotina durante a semana	
2.2- Filho(a) mantém a rotina aos finais de semana	
2.3- Tem flexibilidade da rotina do(a) filho(a) diante de imprevistos	
3. Quem define para seu(ua) filho(a) o que pode e o que não pode fazer? Quanto ao ir e vir, quem define o que pode e o que não pode?	
3.1- Mãe ou pai definem regras	
3.2- Outros familiares definem regras	
3.3- Mãe e pai definem regras em conjunto	
Total possível = 9	
Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo	
Questões provenientes da Entrevista	
1. Pensando em seu dia a dia, como você decide o que fazer e o que não fazer? Você se planeja?	
1.1- Planejamento das próprias atividades	

continua

continuação

Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo	
Questões provenientes da Entrevista	
1.2- Planejamento das atividades da família	
1.3- Planejamento das atividades da criança	
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?	
2.1- Distribui o tempo, conseguindo dar atenção às necessidades familiares	
2.2- Distribui o tempo, inclusive com os cuidados do(a) filho(a)	
2.3- Distribui o tempo, conseguindo dedicar-se ao relacionamento conjugal	
3. Quais são seus compromissos com sua família?	
3.1- Gerenciamento do lar/estabelecimento de rotinas	
3.2- Cuidados com os(as) filhos(as)	
3.3- Compromisso financeiro	
4. Em relação ao seu(ua) filho(a), ele tem rotinas a seguir? Descreva um dia típico de seu(ua) filho(a). QUAIS	
4.1- Filho(a) tem rotina alimentar/sono	
4.2- Filho(a) tem rotina de cuidados de higiene	
4.3- Filho(a) tem rotina de lazer e escolar	
Total possível = 12	
Participação Paterna na Rotina da Criança	
Questões provenientes da Entrevista	
1.1 Em situações relacionadas a seu(ua) filho(a), você recorre a alguém quando precisa de ajuda ou opinião? A quem? (pontuar se recorrer ao Pai para ajuda ou opinião)	
1.2 Quem é a pessoa que permanece com o seu(ua) filho(a) a maior parte do tempo? (pontuar se o Pai for um dos principais supervisores da criança)	

continua

continuação

Participação Paterna na Rotina da Criança	
Questões provenientes da Entrevista	
1.3 Quem define para seu(ua) filho(a) o que pode e o que não pode fazer? Quanto ao ir e vir, quem define o que pode e o que não pode? (pontuar se o Pai for definidor de regras para a criança)	
Questões provenientes do RAF	
2. LAZER - Passeios realizados nos últimos 12 meses que o pai estava junto (RAF 2)*;Atividades que o pai desenvolve com a criança em casa (brincar, jogar, assistir filmes e TV)*(RAF 4)	
2.1- Passear	
2.2- Brincar e/ou jogar	
2.3- Assistir filmes e/ou TV	
3. ROTINAS DIÁRIAS - Atividades que o pai desenvolve com a criança em casa (leitura, conversas, contar e ouvir estórias, tarefas domésticas) (RAF 4)	
3.1- Ler para criança	
3.2- Conversar e contar/ouvir estórias	
3.3- Realizar tarefas domésticas	
4. ACADÊMICO - Acompanhamento dos afazeres da escola pelo pai (RAF 8)	
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	
Total possível = 12	
Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos	
Questões provenientes da Entrevista	
1. Em situações relacionadas ao seu(ua) filho(a), você recorre a alguém quando precisa de ajuda ou opinião? A quem?	

continua

conclusão

Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos	
Questões provenientes da Entrevista	
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. 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?	
2.1- Conhece a rede de serviços comunitários	
2.2- Utiliza a rede de serviços comunitários	
2.3- Considera satisfatória a rede de serviços comunitários	
3. 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?	
3.1- Renda familiar suficiente para as necessidades básicas da família	
3.2- Renda familiar excedente para além das necessidades básicas	
3.3- Ausência de dependência econômica de outros familiares ou instituições	
Total possível = 9	
Total possível - PADRÕES DE ORGANIZAÇÃO FAMILIAR= 42	

Fonte: autoria própria

Realizou-se neste processo também a avaliação da concordância da codificação de 30% das entrevistas transcritas de ambos os grupos, sendo que, para tal, dois pesquisadores avaliaram de forma independente as respostas e procederam a codificação das entrevistas transcritas, tendo se obtido o acordo simples de 87,27% no cálculo de concordância entre os mesmos. Quando da ocorrência de divergência nas categorizações realizadas pelos dois pesquisadores, foi realizada uma discussão com um terceiro pesquisador, com o intuito de ajustar a avaliação, sendo considerada após tal discussão, a classificação de consenso.

Todos os dados obtidos a partir da aplicação dos variados instrumentos foram inseridos em planilhas de do Excel® e conferidos por digitadores independentes.

Tratamento estatístico dos dados

Para a realização das análises estatísticas foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17 para Windows, onde primeiramente, foram realizados testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk) para a tomada de decisão sobre quais os testes estatísticos seriam realizados.

Constatando a distribuição normal da amostra, realizou-se então uma análise descritiva dos grupos G1 e G2, contendo valores de frequência e porcentagem, para o perfil sociodemográfico com as características das mães, das famílias e das crianças. Além disso, também realizou-se uma análise descritiva do perfil clínico da depressão recorrente das mães do G1 (n=50), considerando as variáveis: gravidade dos sintomas, recorrência das crises, o uso de medicação antidepressiva, a percepção da própria condição atual e a época da primeira exposição da criança ao transtorno avaliado.

As comparações entre o G1 e G2 foram realizadas quanto aos indicadores: (a) Comportamento das crianças (SDQ); (b) Adversidades do Ambiente Familiar – estressores relativos aos Eventos Adversos (EEA) e às Adversidades Crônicas (EAC); (c) Recursos do Ambiente Familiar – (RAF), e (d) Padrões de Organização Familiar codificados (Entrevista). Foram realizadas análises estatísticas descritivas, em termos de frequência e porcentagem para as variáveis categóricas (perfil sociodemográfico e indicadores comportamentais das crianças distribuídos em *Com Dificuldades* e *Sem Dificuldade*s), utilizando-se o Teste Qui-Quadrado. Já para as variáveis contínuas (pontuação do Comportamento das Crianças, Adversidades e Recursos do Ambiente Familiar e Padrões de Organização Familiar), as análises descritivas se deram em termos de média e desvio padrão, sendo obtidas por meio do Teste *t* para amostras independentes.

Além destas análises, também foram feitas análises de regressão logística bivariada com objetivo de verificar a possível influência de variáveis sociodemográficas em que G1 e G2 diferiram, com significância estatística, os indicadores de comportamento das crianças. As associações foram mensuradas por meio dos modelos Hosmer e Lemeshow (1989) de regressão logística, nos quais foi calculado o Odds Ratio (OD) bruto, com intervalos de confiança de 95%.

Para verificar as possíveis correlações entre a Depressão Materna e as variáveis: (a) Comportamento das crianças (SDQ); (b) Adversidades do Ambiente Familiar – estressores relativos aos Eventos Adversos (EEA) e às Adversidades Crônicas (EAC); (c) Recursos do Ambiente Familiar – (RAF), e (d) Padrões de Organização Familiar codificados (Entrevista)

foi utilizado o Teste de Correlação de Spearman. Para verificar as possíveis correlações entre as variáveis acima citadas entre si, foi utilizado o Teste de Correlação de Pearson. Nos dois testes foram considerados, para análise da força das correlações, os valores indicados por Primi, Muniz e Nunes (2009): fracas (0 - 0,25), moderadas (0,26 - 0,50), fortes (0,50 - 0,70) ou muito fortes ($\geq$ 0,71). O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% ($p<0,05$).

4 RESULTADOS

Os dados deste estudo serão apresentados em três tópicos: 1) perfil sociodemográfico das díades, sociodemográfico e clínico das mulheres/mães de G1; 2) comparações entre os grupos, quanto aos Indicadores Comportamentais das Crianças (SDQ), às Adversidades do Ambiente Familiar (Eventos Adversos-EEA e Adversidades Crônicas-EAC), aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF) e aos Padrões de Organização Familiar (Entrevista de Roteiro Semiestruturado e RAF) e 3) correlações entre as variáveis Depressão Materna, Comportamento das Crianças, Adversidades e Recursos do Ambiente Familiar e Padrões de Organização Familiar.

4.1 Perfil das díades

4.1.1 Perfil sociodemográfico

Nesse primeiro tópico serão apresentados os dados sociodemográficos de toda a amostra, sendo eles relativos às características das crianças, das mães e das famílias, os quais podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e comparações entre os grupos G1 e G2 quanto às variáveis referentes às características das crianças, mães e famílias (n=100).

	Grupos					
	G1	**G2**				
	f (%)	**f (%)**	**Total**	**OR Bruto**	**IC (95%)**	**p-valor***
Crianças						
Idade						
7 a 9 anos	24 (48,00)	26 (52,00)	50 (50,00)	1,000	Referência	0,689
10 a 12 anos	26 (52,00)	24 (48,00)	50 (50,00)	1,174	(0,535 ; 2,572)	
Gênero						
Masculino	24 (48,00)	26 (52,00)	50 (50,00)	1,000	Referência	0,8416
Feminino	26 (52,00)	24 (48,00)	50 (50,00)	1,174	(0,535 ; 2,572)	
Escolaridade						
1º ao 5º ano	29 (58,00)	32 (64,00)	61 (61,00)	1,000	Referência	0,6820
6º ao 8º ano	21 (42,00)	18 (36,00)	39 (39,00)	1,287	(0,575 ; 2,881)	
Mães						
Idade						
25 a 35 anos	23 (46,00)	26 (52,00)	49 (49,00)	1,000	Referência	0,6893
36 a 45 anos	27 (54,00)	24 (48,00)	51 (51,00)	1,271	(0,580 ; 2,789)	
Escolaridade						
≤ 8 anos	31 (62,00)	13 (26,00)	44 (44,00)	4,644	(1,981 ; 10,883)	**<0,001***
>8 anos	19 (38,00)	37 (74,00)	56 (56,00)	1,000	Referência	
Estado Civil						
Sem companheiro	33 (66,00)	3 (6,00)	36 (36,00)	30,410	(8,242 ; 112,209)	**<0,001***
Com companheiro	17 (34,00)	47 (94,00)	64 (64,00)	1,000	Referência	
Ocupação						
Assalariado	27 (54,00)	36 (72,00)	63 (63,00)	1,000	Referência	0,0969
Benefício + Sem trabalho	23 (46,00)	14 (28,00)	37 (37,00)	2,190	(0,954 ;5,028)	
Número de Filhos						
1 a 3 filhos	40 (80,0)	47 (94,0)	87 (87,00)	1,000	Referência	0,0713
4 a 5 filhos	10 (20,0)	3 (6,0)	13 (13,00)	3,917	(1,008 ; 15,220)	
Famílias						
Classe Socioeconômica*						
A e B	19 (38,00)	39 (78,00)	58 (58,00)	1,000	Referência	**<0,001***
C e D	31 (62,00)	11 (22,00)	42 (42,00)	5,785	(2,400 ; 13,942)	
Renda Mensal						
<3 salários mínimos	27 (54,00)	14 (28,00)	41 (41,41)	3,156	(1,369 ; 7,276)	**0,0081***
≥ 3 salários mínimos	22 (44,00)	36 (72,00)	58 (58,59)	1,000	Referência	

Nota*p-valor para o Teste Exato de Fisher / p≤0,05;**Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP;*** Calculada em salário mínimo, vigente à época da avaliação; f = frequência; % = porcentagem; O. R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Foram avaliadas 100 díades mães-crianças (G1-50 mulheres/mães com diagnóstico de depressão recorrente e G2-50 mulheres/mães sem transtornos psiquiátricos). As 100 crianças incluídas neste estudo constituíram uma amostra com as seguintes características: aproximadamente a metade de cada sexo; com idades entre sete anos e três meses a 12 anos e nove meses, com média de idade de nove anos e nove meses (d.p.=1,68); estudantes do ensino fundamental regular, sendo que maioria das crianças (61%) da amostra total encontrava-se nos anos iniciais da escolarização (1º ao 5º ano), independente do subgrupo amostral alocado. Não foram constatadas diferenças estatísticas significativas para as variáveis sociodemográficas das crianças de G1 e de G2.

Com relação às 100 mulheres/mães que compuseram a amostra, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2 em relação: à idade das mães; à ocupação e o número de filhos que apresentavam. A idade média das mães foi de 36,2 anos (d.p.=5,02), variando entre 25 e 45 anos, sendo que para G1, a média de idade foi de 36,5 anos (d.p.= 5,13) e para G2 de 35,9 anos (d.p.=4,94). Foi observado um predomínio de mulheres que referiram exercer alguma atividade profissional remunerada em toda a amostra, sendo para G1 a taxa de ocupação foi de 54% e de 72% para G2. Em relação ao número de filhos, foi constatado que 40% das mães de G1 tinham até três filhos, e 47% das mães de G2 tinham condição semelhante.

Para todas as demais variáveis sociodemográficas das mães e famílias foram verificadas diferenças significativas, em termos estatísticos, entre os grupos G1 e G2. As características sociodemográficas das mães, com diferenças estatísticas significativas, serão descritas a seguir.

Quanto à escolaridade das mães, na amostra total, 56 % das mães informaram ter mais de oito anos de estudo, verificando-se o predomínio de participantes que alcançaram o ensino médio ou superior no G2 (74%), enquanto que no G1, 38% alcançaram esta escolaridade, sendo que predominou neste grupo o ensino fundamental (62%).

Com relação à constituição familiar, no total da amostra foi identificado predomínio de 64 % de mulheres que referiram serem casadas ou vivendo em união estável, tendo por referência o estado civil das mães, caracterizando famílias biparentais. Ao se realizar a comparação entre os grupos, observou-se que 94 % das mães do G2 referiram conviver com seus companheiros ou maridos, enquanto que 34% das mães do G1 referiram tal condição, com predomínio nesse grupo (66%) de mulheres que se auto-referiram serem as únicas

responsáveis por suas famílias, não contando com companheiros, caracterizando famílias monoparentais.

Com relação às variáveis relativas às famílias, verificou-se diferenças significativas entre G1 e G2 quanto à classificação socioeconômica das famílias e a sua renda mensal. A maioria das díades, no total da amostra foi incluída nas classes A e B (58%) e relatou renda maior que três salários mínimos vigentes (59,18%). Contudo, quando se considerou as características de G1 de forma isolada, constatou-se que a maioria das famílias se incluía nas classes C e D (62%) em contraposição a 22% de famílias de G2 incluídas nessas classes, sendo que para G1 predominou a renda familiar de até três salários mínimos (54,20%) e para G2 verificou-se 28% de famílias incluídas nessa faixa de renda.

Constatou-se nas comparações entre G1 e G2 que as mães de G1 apresentaram menor escolaridade, mais estado civil solteiras, separadas e viúvas e as famílias de G1 também apresentaram menos recursos socioeconômicos (classe social e renda).

4.1.2 Perfil clínico das mães de G1

Serão apresentadas nesse tópico as características do perfil clínico das mães que compuseram exclusivamente a amostra de G1, pois as mães de G2 não apresentaram, por critério de inclusão, indicadores clínicos de transtornos mentais, inclusive a depressão. As características clínicas das mães de G1 são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil clínico das mães de G1 em relação à gravidade, recorrência, tratamento da depressão, e idade de exposição da criança incluída no estudo (n=50).

VARIÁVEIS	f (%)
Diagnóstico*	
Episódio Moderado	38 (76,00)
Episódio Grave sem Sintomas Psicóticos	05 (10,00)
Episódio Grave com Sintomas Psicóticos	07 (14,00)
Internações	
Ausentes	43 (86,00)
Presentes	07 (14,00)
Tentativas de suicídio	
Ausentes	41 (82,00)
Presentes	09 (18,00)
Recorrências	
2 episódios	16 (32,00)
3 episódios	07 (14,00)
Mais de 3 episódios	27 (54,00)
Uso atual – Antidepressivo	
Presente	39 (78,00)
Ausente	11 (23,00)
Percepção da condição atual	
Positiva	16 (32,00)
Prejuízos ou recaídas	34 (68,00)
Idade de exposição da criança à depressão	
Precoce (até idade pré-escolar)	36 (72,00)
Tardia (idade escolar)	14 (28,00)

Nota *Classificação diagnóstica da depressão, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão, CID-10. f = frequência; % = porcentagem.

Como parte dos critérios para inclusão no G1, todas as mães tiveram na confirmação diagnóstica características clínicas compatíveis com o Transtorno Depressivo Recorrente, e ainda, deveriam estar em remissão dos sintomas desse transtorno, pelo menos, nos últimos seis meses antes da avaliação, e deveriam ter tido pelo menos um episódio grave ou moderado, nos últimos dois anos.

Quanto às características do perfil clínico apresentado por G1, observou-se que para 76% das mães, o episódio depressivo de maior gravidade foi classificado como moderado e, para 24% delas, foi classificado como grave. Verificou-se que 14% delas relataram episódios graves com sintomas psicóticos, em algum momento da vida e que 10% também relataram episódios graves, porém, não apresentaram sintomas psicóticos.

Segundo o relato das mães, a sintomatologia depressiva requereu, pelo menos, uma internação psiquiátrica para 14% das mulheres e 18% delas referiram, pelo menos, uma tentativa de suicídio prévia.

Avaliando a recorrência dos episódios, foi verificado que após o nascimento da criança incluída no estudo, 14% das mães do grupo relataram três episódios depressivos, 32% relataram dois episódios, e a maioria delas (54%) referiu ter tido mais de três episódios. A maioria das mulheres de G1 (78%) relatou fazer uso de antidepressivos, associados ou não a outras medicações psiquiátricas e a outras abordagens terapêuticas, no momento das avaliações.

Com relação à avaliação sobre a autopercepção relativa à sua condição clínica, 68% das mães de G1 relataram prejuízos e/ou recaídas também atribuídos à sintomatologia depressiva, e 32% delas avaliaram seu estado atual como *positivo*. Também foi constatado que 72% das crianças incluídas em G1, tiveram seu primeiro contato com a depressão materna antes de iniciar a vida escolar formal, e 28% das crianças tiveram esse primeiro contato já em idade escolar.

4.2 Comparações entre grupos

4.2.1 Indicadores Comportamentais das Crianças

Para a descrição das características comportamentais das crianças, apresentar-se-á os dados referentes às comparações entre os grupos G1 e G2 quanto ao Total de Dificuldades, ao escore de cada escala do SDQ e quanto às classificações dos problemas em internalização e externalização. Na Tabela 3 são apresentados os indicadores relativos ao perfil comportamental das crianças, tendo por referência os grupos diferenciados pela depressão materna quanto à média, mediana, desvio padrão.

Tabela 3 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto ao Comportamento das Crianças (SDQ- Escore Total de dificuldades e das escalas) (n=100).

SDQ	***G1* (n=50)**	***G2* (n=50)**		
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Teste**	**p-valor***
Total de Dificuldades	15,12 (6,92)	9,08 (6,64)	4,45	**<0,0001***
Sintomas Emocionais	5,20 (2,60)	2,80 (2,3)	4,88	**<0,0001***
Problemas de Conduta	2,54 (2,27)	1,82 (1,90)	1,72	0,088
Hiperatividade	4,74 (3,20)	3,22 (3,16)	2.39	**<0,019***
Relacionamento com Colegas	2,62 (1,82)	1,24 (1,57)	4,06	**<0,0001***
Comportamento Pró-Social	8,50 (1,61)	9,10 (1,45)	-1,96	0,053

Nota*p-valor referente ao teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$; SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O. R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Verificou-se que em todas as escalas de dificuldades de comportamento e no Total de Dificuldades do SDQ, G1 apresentou escores mais altos do que G2, constatando-se diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao Total de Dificuldades e em três escalas, a saber, Sintomas Emocionais, Hiperatividade e Relacionamento com Colegas.

Na comparação entre os grupos na escala referente ao Comportamento Pró-Social, observou-se que a média das crianças de G1 é mais baixa em comparação ao G2, com tendência a uma diferença significativa entre estes valores, em termos estatísticos.

Na Tabela 4 são apresentados os dados relativos às frequências e porcentagens de crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais, considerando as notas de corte do SDQ.

Tabela 4 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto ao Comportamento das Crianças, tendo por referência as classificações dos escores em *Sem* ou *Com Dificuldades* Comportamentais (SDQ – Escore Total de dificuldades e escores das escalas) (n = 100).

VARIÁVEIS	*G1* (n=50) f (%)	*G2* (n=50) f (%)	TOTAL (n=100) f (%)	O.R. Bruto	IC (95%)	p-valor*
TOTAL DIFICULDADES						
Sem Dificuldades	29 (58,00)	41 (82,00)	70 (70,00)	1,000	Referência	**0,0156***
Com Dificuldades	21 (42,00)	09 (18,00)	30 (30,00)	3,299	(1,322 ; 8,231)	
Sintomas Emocionais						
Sem Dificuldades	16 (32,00)	38 (76,00)	54 (54,00)	1,000	Referência	**<0,001***
Com Dificuldades	34 (68,00)	12 (24,00)	46 (46,00)	6,729	(2,791 ; 16,222)	
Problemas de Conduta						
Sem Dificuldades	36 (72,00)	42 (84,00)	78 (78,00)	1,000	Referência	0,2270
Com Dificuldades	14 (28,00)	08 (16,00)	22 (22,00)	2,042	(0,769 ; 5,419)	
Hiperatividade						
Sem Dificuldades	35 (70,00)	43 (86,00)	78 (78,00)	1,000	Referência	0,0897
Com Dificuldades	15 (30,00)	07 (14,00)	22 (22,00)	2,632	(0,966 ; 7,169)	
Relacionamento com Colegas						
Sem Dificuldades	35 (70,00)	47 (94,00)	82 (82,00)	1,000	Referência	**0,0033***
Com Dificuldades	15 (30,00)	03 (06,00)	18 (18,00)	6,713	(1,803 ; 24,993)	
Comportamento Pró-Social						
Sem Dificuldades	50 (100,00)	50 (100,00)	100(100,00)			
Com Dificuldades	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)			

Nota*p-valor referente ao teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$; SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O. R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança; G1 = Crianças cujas mães apresentaram história de depressão recorrente; G2 = Crianças cujas mães não apresentaram história de depressão ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Com relação ao desempenho geral dos dois grupos, verificou-se que, em sua maioria (70%), as crianças foram classificadas como *Sem Dificuldades* quanto ao Total de Dificuldades avaliado pelo instrumento. Das 30 crianças que foram classificadas *Com Dificuldades*, segundo a nota de corte do instrumento para o Escore Total, a maioria pertencia ao G1, ou seja, eram filhas de mães diagnosticadas com depressão recorrente (70%). Ainda, todas as crianças (100%) foram classificadas como *Sem Dificuldades* na escala referente ao Comportamento Pró-Social.

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as crianças de G1 e G2, quanto às classificações *Sem* e *Com Dificuldades*, nas escalas Sintomas Emocionais e Relacionamento com Colegas, além do Total de Dificuldades. Nas escalas relativas aos Problemas de Conduta e Hiperatividade não foram constatadas diferenças estatísticas significativas entre as crianças de G1 e G2, quanto à classificação *Sem* ou *Com Dificuldades*. Com relação à escala de Sintomas Emocionais, verificou-se o predomínio de crianças de G1 classificadas *Com Dificuldades*. Com relação à escala de Relacionamento com Colegas, aproximadamente um terço das crianças de G1 foram classificadas *Com Dificuldades*, em comparação a um pequeno grupo de crianças de G2. Quanto ao Total de Dificuldades, mais que o dobro das crianças de G1 foram classificadas *Com Dificuldades*, em comparação às de G2.

Os problemas de comportamento avaliados por meio do SDQ foram classificados em sintomas *Internalizantes* e *Externalizantes*, sendo que na Tabela 5 são apresentadas as comparações entre os grupos quanto aos Indicadores Comportamentais.

Tabela 5 – Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto à classificação dos escores das escalas do SDQ em *sintomas Internalizantes* e *sintomas Externalizantes* (n=100).

	***G1* (n=50)**	***G2* (n=50)**		
SDQ	**Média (DP)**	**Média (DP)**	**Teste**	**p-valor***
sintomas Internalizantes	3,30 (1,87)	2,09 (1,72)	3,35	**<0,001***
sintomas Externalizantes	5,20 (2,60)	2,80 (2,30)	4,88	**<0,001***

Nota *p-valor referente ao Teste *t* de Student; p≤0,05. DP = Desvio Padrão. Sintomas Internalizantes = Escore total da escala de Sintomas Emocionais. Sintomas Externalizantes = soma dos escores das escalas de Problemas de Conduta, Hiperatividade e Relacionamento com Colegas.

Verificou-se que tanto quanto aos sintomas Internalizantes, quanto aos sintomas Externalizantes, G1 apresentou escores mais altos do que G2, constatando-se diferenças estatisticamente significativas em ambas as classificações.

Considerando que foram verificadas diferenças estatisticamente significativas quando da comparação entre G1 e G2, em relação às variáveis sociodemográficas escolaridade, estado civil das mães e a classe socioeconômica e a renda mensal das famílias, procedeu a uma análise de regressão logística bivariada, visando verificar a influência das variáveis acima citadas sobre o comportamento infantil, tendo por referência as classificações do SDQ quanto ao Escore Total, Sintomas Emocionais e Relacionamento com Colegas. Buscou-se assim, verificar se as diferenças observadas quanto ao Comportamento das Crianças de G1, foram influenciadas pelas variáveis sociodemográficas com diferenças estatísticas significativas nas comparações entre G1 e G2.

A Tabela 6 apresenta a análise de regressão logística bivariada para as variáveis sóciodemográficas e o Escore Total do SDQ.

Tabela 6 - Análise de regressão logística bivariada entre as variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil, classe socioeconômica e renda mensal) e o desfecho comportamental (SDQ-*Sem* e *Com Dificuldades*), relativo ao Total de Dificuldades obtido pelas crianças de G1 (n=50).

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

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

Após os ajustes em relação ao Escore Total de Dificuldades do SDQ, por meio da análise de regressão logística bivariada, não se verificou a presença de diferença significativa estatisticamente em relação a nenhuma das variáveis consideradas, escolaridade e estado civil materno, classe socioeconômica e renda mensal familiar. Constatou-se assim, que as crianças de G1 apresentaram mais Indicadores de Dificuldades Comportamentais (Escore Total), independentemente das variáveis sociodemográficas testadas.

A Tabela 7 apresenta a análise de regressão logística bivariada para as variáveis sóciodemográficas e a escala relativa aos Sintomas Emocionais do SDQ.

Tabela 7 - Análise de regressão logística bivariada entre as variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil, classe socioeconômica e renda mensal) e o desfecho comportamental (SDQ- *Sem* e *Com Dificuldades*), relativo ao escore da escala Sintomas Emocionais obtido pelas crianças de G1 no SDQ (n=50).

	SDQ – SINTOMAS EMOCIONAIS					
	***Sem Dif.* (n=16)**	***Com Dif.* (n=34)**	**Total (n=50)**			
	f (%)	**f (%)**	**f (%)**	**O.R. Bruto**	**IC (95%)**	**p-valor***
MÃES						
Escolaridade (anos)						
≤ 8 anos	07 (14,00)	24 (48,00)	31 (62,00)	3,086	(0,899; 10,587)	0,1171
> 8 anos	09 (18,00)	10 (20,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	
Estado Civil						
Sem Companheiro	10 (20,00)	23 (46,00)	33 (66,00)	1,255	(0,363; 4,341)	0,7568
Com Companheiro	06 (12,00)	11 (22,00)	17 (34,00)	1,000	Referência	
FAMÍLIAS						
Classe Socioeconômica*						
A e B	07 (14,00)	12 (24,00)	19 (38,00)	1,000	Referência	0,7556
C e D	09 (18,00)	22 (44,00)	31 (62,00)	1,426	(0,424; 4,794)	
Renda Mensal**						
< 3 salários mínimos	08 (16,33)	19 (38,78)	27 (55,10)	1,108	(0,327; 3,752)	1,0000
≥ 3 salários mínimos	07 (14,29)	15 (30,61)	22 (44,90)	1,000	Referência	

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

Foram realizados ajustes em relação ao escore da escala de Sintomas Emocionais do SDQ, considerando a escolaridade e estado civil da mãe, a classe socioeconômica e renda

mensal familiar, não sendo identificada a presença de diferenças estatisticamente significativas. Assim, constatou-se que quando os ajustes se referiam aos indicadores de Sintomas Emocionais, as crianças de G1 apresentaram mais indicadores de problemas que as crianças de G2, independentemente, das variáveis sociodemográficas testadas.

A Tabela 8 apresenta a análise de regressão logística bivariada para as variáveis sóciodemográficas e a escala relativa ao Relacionamento com Colegas do SDQ.

Tabela 8 - Análise de regressão logística bivariada entre as variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil, classe socioeconômica e renda mensal) e o desfecho comportamental (SDQ- *Sem* e *Com Dificuldades)*, relativo ao escore da escala Relacionamento com Colegas obtido pelas crianças de G1 no SDQ (n = 50).

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

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

Quando do ajuste por meio da regressão logística bivariada em relação ao escore da escala Relacionamento com Colegas do SDQ, considerando as variáveis sociodemográficas escolaridade e estado civil materno, classe socioeconômica e renda mensal familiar não se

verificou a presença de diferenças estatisticamente significativas. Constatou-se que as crianças de G1 apresentaram mais indicadores de problemas na escala Relacionamento com Colegas, independentemente das variáveis sociodemográficas testadas.

Por meio das análises de regressão logística bivariada verificou-se que as diferenças observadas quanto ao Comportamento das Crianças de G1 em relação ao Escore Total, Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com Colegas independeram das variáveis sociodemográficas testadas.

4.2.2 Indicadores relativos às Adversidades do Ambiente Familiar

Para a identificação dos indicadores de Adversidades do Ambiente Familiar, relativas aos Eventos Adversos e às Adversidades Crônicas, foram considerados os escores totais da EEA e da EAC, respectivamente. São apresentadas na Tabela 9 as comparações entre os grupos referentes aos escores totais da EEA e da EAC, apresentando-se os indicadores relativos à média e desvio padrão.

Tabela 9 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto aos Eventos Adversos (EEA) e às Adversidades Crônicas (EAC) (n=100).

	G1 (n = 50)	**G2 (n = 50)**		
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Teste**	**p-valor***
Eventos Adversos	14,08 (5,12)	8,38 (4,08)	-6,16	**<0,0001***
Adversidades Crônicas	3,92 (1,82)	2,22 (1,61)	-4,96	**<0,0001***

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

Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2 tanto na EEA, quanto na EAC, sendo que as médias de G1 foram maiores que as de G2 tanto para a presença de Eventos Adversos quanto para as Adversidades Crônicas. Constatou-se, nas comparações entre G1 e G2, que as díades de G1 apresentaram mais indicadores de convívio com condições adversas que as de G2.

A tabela 10 apresenta as comparações entre os grupos de crianças classificadas *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais (SDQ), referentes aos Eventos Adversos (EEA) e às Adversidades Crônicas (EAC), apresentando-se os indicadores relativos à média e desvio padrão.

Tabela 10 - Comparações entre grupos de crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais (SDQ) quanto aos Eventos Adversos (EEA), Adversidades Crônicas (EAC) (n=100).

	***Sem Dificuldades* (n=70)**	***Com Dificuldades* (n=30)**		
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Teste**	**p-valor***
Eventos Adversos	10,18 (4,95)	13,86 (5,59)	3,264	**0,002***
Adversidades Crônicas	2,74 (1,90)	3,83 (1,72)	2,701	**0,008***

Nota *p-valor referente ao teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$; SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O. R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de crianças classificadas *Sem e Com Dificuldades* comportamentais quanto aos Eventos Adversos (EEA) e também quanto às Adversidades Crônicas, sendo que as crianças *Com Dificuldades* apresentaram médias mais altas que as crianças *Sem Dificuldades*. Verificou-se que o ambiente familiar das díades *Com Dificuldades* comportamentais apresentou mais indicadores de convívio com adversidades que o das crianças *Sem Dificuldades*.

4.2.3 Indicadores relativos aos Recursos do Ambiente Familiar

Para a identificação dos recursos disponíveis no ambiente familiar, considerou-se como indicador o Escore Total do RAF. A Tabela 11 apresenta as comparações entre G1 e G2 referentes aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF), apresentando-se os indicadores relativos à média e ao desvio padrão.

Tabela 11 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF) (n=100).

	G1 (n = 50)	**G2 (n = 50)**		
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Teste**	**p-valor***
Recursos do Ambiente Familiar	57,76 (10,49)	62,12 (8,66)	2,26	**0,0258***

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

Na comparação entre G1 e G1 em relação aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF), verificou-se que a média e a mediana do G1 foram menores que as do G2, com níveis estatisticamente significativos.

Verificou-se que o ambiente familiar das díades de G1 apresentou menos indicadores de recursos que o de G2.

A tabela 12 apresenta as comparações entre os grupos de crianças classificadas *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais (SDQ), referentes aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF), contendo as informações de média e desvio padrão.

Tabela 12 - Comparações entre grupos de crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais (SDQ) quanto aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF) (n=100).

	***Sem Dificuldades* (n=70)**	***Com Dificuldades* (n=30)**		
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Teste**	**p-valor***
Recurso do Ambiente Familiar	61,00 (9,45)	57,34 (10,66)	-1,665	0,099

Nota *p-valor referente ao teste Exato de Fisher; $p \leq 0,05$; SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; f = frequência; % = porcentagem; O. R. = Odds Ratio; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança.

Numericamente, o grupo de crianças *Sem Dificuldades* comportamentais apresentou médias mais altas que o grupo de crianças *Com Dificuldades* quanto aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF), porém tal diferença não se mostrou significativa.

4.2.4 Indicadores relativos aos Padrões de Organização Familiar

Os dados relativos às comparações dos Padrões de Organização Familiar apresentados pelos grupos G1 e G2 serão apresentados para cada uma das categorias e para o total.

A Tabela 13 apresenta os dados relativos às comparações de G1 e G2 quanto aos Padrões de Organização Familiar.

Tabela 13 - Comparações entre os grupos G1 e G2 quanto aos Padrões de Organização Familiar (n=100).

PADRÕES DE ORGANIZAÇÃO	***G1***	***G2***		
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Teste**	**p-valor***
Total de Padrões	17,98 (4,58)	24,60 (4,97)	6,922	**0,000***
Flexibilidade e Reorganização	3,54 (1,61)	5,78 (1,54)	7,084	**0,000***
Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo	5,14 (2,03)	7,70 (2,14)	6,136	**0,000***
Participação Paterna na Rotina da Criança	4,48 (2,74)	5,22 (2,92)	1,302	0,196
Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos	4,82 (1,28)	5,90 (1,58)	3,744	**0,000***

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

As famílias de G1, quando comparadas às de G2, apresentaram, com diferenças estatisticamente significativas, médias mais baixas quanto: ao Total de Padrões de Organização Familiar, aos Padrões de Organização de Flexibilidade e Reorganização, quanto aos Padrões de Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo e aos Padrões relativos ao Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos. Quanto aos Padrões de Organização Familiar relativos à Participação Paterna na Rotina da Criança, a média de G1 também foi menor que a de G2, porém, tal diferença não se mostrou significativa estatísticamente.

A Tabela 14 apresenta os dados relativos às comparações entre grupos de crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais quanto aos Padrões de Organização Familiar.

Tabela 14 - Comparações entre os grupos de crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais (SDQ) quanto aos Padrões de Organização Familiar (n=100).

PADRÕES DE ORGANIZAÇÃO	***Sem Dificuldades* (n=70)**	***Com Dificuldades* (n=30)**		
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Teste**	**p-valor***
Total de Padrões	22,38 (5,59)	18,73(5,55)	-2,997	**0,003***
Flexibilidade e Reorganização	5,05 (1,80)	3,73 (1,92)	-3,288	**0,001***
Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo	6,61 (2,28)	5,96 (2,76)	-1,218	0,226
Participação Paterna na Rotina da Criança	5,14 (1,66)	4,16 (2,76)	-1,581	0,117
Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos	5,57 (1,66)	4,86 (1,07)	-2,561	0,012

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

As famílias de crianças *Sem Dificuldades* comportamentais, quando comparadas às crianças *Com Dificuldades*, apresentaram médias significativamente mais altas quanto ao Total de Padrões de Organização Familiar, e quanto aos Padrões de Organização de Flexibilidade e Reorganização. Quanto aos Padrões de Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo, Participação Paterna na Rotina da Criança e Padrões relativos ao

Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos, as médias do grupo de crianças *Sem Dificuldades* comportamentais também foi maior que as do grupo de crianças *Com Dificuldades*, porém, as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas.

4.3 Correlações entre as variáveis

A apresentar-se-á os dados referentes às correlações entre as variáveis do estudo. A Tabela 15 apresenta os dados relativos às correlações entre a variável Depressão Materna e os Indicadores Comportamentais e sintomas Internalizantes e Externalizantes (SDQ), os Eventos Adversos (EEA), às Adversidades Crônicas (EAC), aos Recursos do Ambiente Familiar (RAF) e aos Padrões de Organização Familiar (Entrevista de Roteiro Semiestruturado e RAF).

Tabela 15 - Correlações entre as variáveis: Depressão Materna, Indicadores Comportamentais (SDQ), Eventos Adversos (EEA), Adversidades Crônicas (EAC), Recursos do Ambiente Familiar (RAF) e Padrões de Organização Familiar Total e específicos (n=100).

VARIÁVEIS	Rô
Indicadores comportamentais	
Total de Dificuldades	0,428**
Problemas de Conduta	0,166
Hiperatividade	0,243*
Relacionamento com Colegas	0,423**
Comportamento Pró-Social	-0,203*
sintomas Internalizantes	0,436**
sintomas Externalizantes	0,351**
Ambiente familiar	
Eventos Adversos	0,535**
Adversidades Crônicas	0,419**
Recursos do Ambiente Familiar	-0,204
Padrões de Organização Familiar	
Total Padrões	-0,600**
Flexibildade e Reorganização	-0,576**
Estabilidade de Rotinas e Adminstração do Tempo	-0,537**
Participação Paterna na Rotina da Criança	-0,130
Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos	-0,354**

Nota: teste de Spearman. p-valor* ≤0,05; **= p≤0,01; *** Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP;

Ao analisar-se a associação com Indicadores Comportamentais, a Depressão Materna apresentou correlações moderadas positivas com o Total de Dificuldades, os Problemas Emocionais/sintomas Internalizantes, o Relacionamento com Colegas e os sintomas Externalizantes. A Depressão Materna também apresentou correlação fraca positiva com a Hiperatividade e fraca negativa com o Comportamento Pró-Social.

Em relação às variáveis do ambiente familiar, a Depressão Materna apresentou correlação forte positiva com os Eventos Adversos e correlação moderada positiva com as Adversidades Crônicas.

Com os Padrões de Organização, a Depressão Materna apresentou correlações fortes negativas com o Total de Padrões, a Flexibilidade e Reorganização e a Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo. Além disso, apresentou correlação moderada negativa com o Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos. Apesar de negativa, a correlação entre a Depressão Materna e a Participação Paterna na Rotina da Criança não se mostrou significativa.

A Tabela 16 apresenta os dados relativos às correlações entre as variáveis de Indicadores Comportamentais (SDQ), Adversidades (EEA e EAC) e Recursos do Ambiente Familiar (RAF) e os Padrões de Organização Familiar.

Tabela 16 - Correlações entre as variáveis: Total de Dificuldades Comportamentais, cada escala específica do SDQ, Sintomas Internalizantes e Externalizantes, Eventos Adversos (EEA), Adversidades Crônicas (EAC), Recursos do Ambiente Familiar (RAF) e Padrões de Organização Familiar Total e específicos (n=100)

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*
1															
2	0,743**														
3	0,746**	0,337**													
4	0,813**	0,387**	0,574**												
5	0,625**	0,436**	0,347**	0,266**											
6	0,947**	0,488**	0,814**	0,874**	0,604**										
7	-0,344**	-0,162	-0,359**	-0,315**	-0,162	-0,367**									
8	0,387**	0,380**	0,253*	0,224*	0,309**	0,322**	-0,206*								
9	0,362**	0,386**	0,218*	0,195	0,294**	0,288**	-0,176	0,588**							
10	-0,210*	-0,267**	-0,057	-0,100	-0,210*	-0,146	0,161	-0,328**	-0,157						
11	-0,381**	-0,337**	-0,287**	-0,269**	-0,230*	-0,336**	0,257**	-0,432**	-0,316**	0,185					
12	-0,415**	-0,331**	-0,316**	-0,319**	-0,255*	-0,383**	0,280**	-0,381**	-0,330**	0,196	0,675**				
13	-0,219*	-0,273**	-0,140	-0,148	-0,057	-0,155	0,190	-0,289**	-0,262**	0,083	0,747**	0,582**			
14	-0,169	-0,100	-0,167	-0,106	-0,149	-0,171	0,094	-0,258**	-0,154	0,098	0,599**	0,000	0,108		
15	-0,257**	-0,237*	-0,154	-0,185	-0,182	-0,222*	0,141	-0,198*	-0,074	0,135	0,630**	0,368**	0,299**	0,239*	

Nota*:* referente ao teste de correlação de Pearson;* = *p*=0,05; **= *p*=0,01. 1=Total de Dificuldades Comportamentais; 2=Sintomas Emocionais/Sintomas Internalizantes; 3=Problemas de Conduta; 4=Hiperatividade; 5=Relacionamento com Colegas; 6=Sintomas Externalizantes; 7=Comportamento Pró-Social; 8=Eventos Adversos; 9=Adversidades Crônicas; 10= Recursos do Ambiente Familiar; 11=Total Padrões; 12= Flexbilidade e Reorganização; 13= Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo; 14= Participação Paterna na Rotina da Criança; 15= Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos.

Inicialmente descrever-se-á as correlações dos instrumentos com os seus componentes ou escalas e, em seguida abordar-se-á as associações entre as variáveis avaliadas pelos instrumentos.

Considerando os Indicadores de Dificuldades Comportamentais avaliados pelo SDQ verificou-se que o Total de Dificuldades apresentou correlação muito forte e positiva com as escalas Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e com os sintomas Externalizantes, correlação forte positiva com o Relacionamento com Colegas e correlação moderada negativa com o Comportamento Pró-Social. Os Sintomas Emocionais apresentaram correlação moderada positiva com as escalas Problemas de Conduta, Hiperatividade, Relacionamento com Colegas e com os sintomas Externalizantes. A escala Problemas de Conduta apresentou correlação muito forte e positiva com os sintomas Externalizantes, correlação forte positiva com a Hiperatividade, correlação moderada positiva com o Relacionamento com Colegas e moderada negativa com o Comportamento Pró-Social. A escala de Hiperatividade apresentou correlação muito forte positiva com os sintomas Externalizantes, correlação moderada positiva com o Relacionamento com Colegas e moderada negativa com o Comportamento Pró-Social. A escala de Relacionamento com Colegas apresentou correlação forte positiva com os sintomas Externalizantes, que por sua vez, apresentaram correlação moderada negativa com o Comportamento Pró-Social.

Quando da avaliação das correlações entre as variáveis ambientais, os Eventos Adversos apresentaram correlação forte positiva com as Adversidades Crônicas e correlação moderada negativa com os Recursos do Ambiente Familiar.

Analisando-se as associações dos problemas de comportamento com as condições do ambiente familiar verificou-se que o Total de Dificuldades, os sintomas Emocionais, o Relacionamento com Colegas e os sintomas Externalizantes apresentaram correlações moderadas e positivas com os Eventos Adversos e Adversidade Crônicas. Os Problemas de Conduta e a Hiperatividade apresentaram correlações fracas positivas com os Eventos Adversos, e o Comportamento Pró-Social, correlações fracas negativas com tais eventos. Os sintomas Emocionais apresentaram correlação moderada negativa com os Recursos do Ambiente Familiar, e o Total de Dificuldades e o Relacionamento com Colegas, apresentaram correlações fracas negativas com tais recursos. Os Problemas de Conduta apresentaram correlação fraca positiva com as Adversidades Crônicas.

Com relação aos Padrões de Organização, o Total de Padrões apresentou correlação muito forte positiva com a Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo, e forte positiva com a Flexibilidade e Reorganização, Participação Paterna na Rotina da Criança e

com o Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos. A Estabilidade de Rotinas apresentou correlação moderada positiva com a Flexibilidade e Reorganização e com o Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos. A Participação Paterna na Rotina da Criança não se correlacionou significativamente com outros padrões específicos.

Analisando-se as associações entre os padrões de organização e os indicadores comportamentais, o Total de Padrões e a Flexibilidade e Reorganização apresentaram correlações moderadas negativas com todas as escalas de problemas de comportamento, inclusive com os sintomas Externalizantes, com exceção para o Relacionamento com Colegas. O Total de Padrões apresentou correlações fracas negativas com o Relacionamento com Colegas e positiva com o Comportamento Pró-Social. A Flexibilidade e Reorganização apresentou correlação moderada positiva com Comportamento Pró-Social. A Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo apresentou correlação moderada negativa com os sintomas Emocionais. A Flexibilidade e Reorganização apresentou correlação fraca negativa com Relacionamento com Colegas, a Estabilidade de Rotinas apresentou correlação fraca negativa com o Total de Dificuldades. O Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos apresentou correlação fraca negativa com o Total de Dificuldades, sintomas Emocionais, Hiperatividade e sintomas Externalizantes.

O Total de Padrões, a Flexibilidade e Reorganização e a Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo apresentaram correlação negativa moderada com os Eventos Adversos e Adversidades Crônicas. A Participação Paterna na Rotina da Criança e o Suporte Psicossocial e os Recursos Socioeconômicos apresentaram correlações negativas e fracas com os Eventos Adversos.

5 DISCUSSÃO

A discussão dos dados será apresentada a partir dos seguintes tópicos: 1) Aspectos sociodemográficos e clínicos da amostra estudada; 2) Ambiente familiar: comparações entre grupos quanto às adversidades e recursos e associações entre variáveis; 3) Aspectos comportamentais das crianças: comparações entre grupos e associações entre variáveis; e 4) Padrões de Organização Familiar: comparações entre grupos e associações entre variáveis. Na sequência apresentar-se-ão limitações e contribuições do estudo.

5.1 Aspectos sociodemográfico e clínico da amostra estudada

Apresentar-se-á inicialmente os principais dados relativos aos perfis sociodemográficos das crianças, das mães e das famílias, analisando-se suas peculiaridades. Posteriormente discutir-se-á os principais dados relativos ao perfil clínico da amostra de mães com depressão.

Nas comparações entre G1 e G2 quanto ao perfil sociodemográfico das crianças verificou-se homogeneidade na distribuição quanto à Idade, Escolaridade e Sexo, sendo que os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, o que favorece a comparação entre eles quanto ao foco principal do estudo, o comportamento das crianças.

Quanto ao perfil sociodemográfico das mulheres/mães, também foi verificada homogeneidade entre os grupos no que se refere às variáveis Idade, Ocupação e Número de Filhos, não sendo identificadas diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2, o que também favoreceu a comparação entre os grupos. Contudo, em relação às variáveis Escolaridade e Estado Civil das mulheres/mães, foram constatadas diferenças significativas, na comparação entre grupos, sendo detectado que a maioria das mulheres/mães de G1 têm menos Escolaridade e não contam com companheiro, caracterizando-se como as principais cuidadoras das crianças. Tais dados são concordantes com os relatados por Pilowsky et al. (2006) que constataram que filhos de pais depressivos têm maior probabilidade de serem expostos ao divórcio e à baixa coesão familiar, quando comparados a filhos de pais não depressivos; e também ao relatado por Talati et al. (2007), quanto aos cuidados monoparentais serem comuns nos contextos de convivência com a depressão materna, destacando ainda que as mães solteiras, com depressão, em comparação com as casadas, tenderam menor escolaridade.

Quanto aos dados sociodemográficos das famílias, foram identificadas diferenças significativas entre G1 e G2 em relação às variáveis Classificação Socioeconômica e Renda Familiar, sendo que a maioria das famílias de G1 pertencia às classes menos privilegiadas e tinham renda menor do que três salários mínimos. Tais dados são concordantes com os do estudo de Feder et al. (2009) que constatou que a pobreza é um fator comumente associado à depressão materna; e com o estudo de Buvette-Turcot et al. (2017) que constataram associações entre sintomas depressivos na vida adulta e a convivência em ambientes de baixos recursos sócio-econômicos. A presença de condições ambientais pouco favorecedoras corroboram a colocação de Bem e Wagner (2006) que apontaram que o contexto econômico das famílias é um fator relevante a ser considerado, quando da investigação do cenário familiar, enquanto contexto de desenvolvimento.

Dada a presença das diferenças significativas quanto as variáveis sociodemográficas relevantes como a Escolaridade e Estado Civil das mães e, em relação às famílias, a Classe Socioeconômica e Renda Mensal, que não foram possíveis de serem controladas na coleta, foi necessária a aplicação do procedimento estatístico de análise de regressão bivariada, sendo que essa opção teve por objetivo verificar a influência de tais variáveis para o comportamento das crianças, especificamente, de G1. Foi verificado que as Dificuldades Comportamentais das crianças independiam das variáveis sociodemográficas testadas, reforçando assim influência da depressão materna.

Os dados das análises de regressão logística bivariada demonstraram que os indicadores de dificuldades comportamentais das crianças independiam das variáveis sociodemográficas testadas, apontando que a depressão materna, por si só, já se configurou como um fator de adversidade. Tal dado é concordante com afirmativa da metanálise de Goodman et al. (2011) que apontou que a depressão materna é uma condição relevante de adversidade ao desenvolvimento infantil, associada a outras condições de risco.

Considerando que condições sociodemográficas tem sido amplamente relacionadas à depressão, analisar-se-á as peculiaridades desses dados.

Ainda que Walsh (2016a) tenha salientado que a monoparentalidade não deva ser considerada, necessariamente, como um fator de risco ao desenvolvimento, viver em família não-tradicional foi uma das variáveis associadas a psicopatologia na infância em amostras da comunidade (Goodman A., Fleitlich-Bilyk, Patel, e Goodman R., 2007), e em amostras clínicas, a ausência do pai, em contexto de convivência com a depressão materna, foi considerada como um fator potencializador de sintomas em crianças por Boyce et al. (2006), e

a presença do pai nas famílias, por sua vez, se mostrou um fator moderador do impacto da depressão materna para desenvolvimento dos filhos (Talati et al. 2007; Chang et al., 2007).

Considera-se que, no caso do presente estudo, a monoparentalidade predominante em G1, possa ter se caracterizado como alguns dos riscos distais, apontados por Ingram e Price (2010), ao desenvolvimento das crianças. A monoparentalidade envolve desafios como a falta de divisão de responsabilidades e o menor fluxo de renda (Anderson, 2016), o que pode ter afetado a parentalidade das mães de G1. A configuração familiar em associação com a depressão materna, segundo Westbrook e Harden (2010), influencia o comportamento dos pais, tendo impacto para o desenvolvimento das crianças, em termos de afeto e controle sobre o seu funcionamento sócio-emocional. Em muitos casos a monoparentalidade decorre de divórcio, sendo que nessas situações, os pais tendem a transferir os conflitos com os cônjuges aos filhos (Cunico & Arpini, 2014), caracterizando assim, mais uma situação de dificuldade para o desenvolvimento das crianças.

A classificação socioeconômica e a renda familiar baixa apresentaram associações com problemas de saúde mental das crianças, enquanto que o alto status socioeconômico caracterizou-se em como fator de proteção (Essex et al., 2006). No presente estudo as variáveis menor classificação socioeconômica e menor renda, presentes para o G1 caracterizaram um contexto de vida desfavorecido, o qual pode estar associado a outros fatores de risco, como o desemprego sendo importante destacar que as pessoas com depressão têm maiores dificuldades na execução das atividades laborais. Tais dados são corroborados pelo estudo de Lengua et al. (2008) que apontou que riscos socioeconômicos maternos e riscos ambientais se correlacionam, configurando-se como um acúmulo de riscos, com mais prejuízos para o ajustamento das crianças.

Características clínicas da depressão também precisam ser consideradas. Todas as participantes do estudo (G1), por critério do estudo, apresentaram o diagnóstico do Transtorno Depressivo Recorrente e estavam em remissão dos sintomas nos últimos seis meses, segundo a avaliação da SCID e os critérios adotados pelo estudo, verificando-se assim uma certa homogeneidade em relação à gravidade das manifestações dos sintomas.

Pelo próprio critério de inclusão em G1, baseado na recorrência de sintomas depressivos, pode-se supor que as crianças desse grupo conviveram de modo repetido com as manifestações sintomáticas do transtorno depressivo materno, sugerindo que seu desenvolvimento possa ter sido influenciado por tal condição. Segundo Wickramaratne et al. (2011) quanto maior for a cronicidade da depressão materna e quanto maior for o tempo de exposição da criança à mesma, maior a associação com problemas emocionais e

comportamentais. A cronicidade mostrou-se associada a níveis mais altos de sintomas externalizantes das crianças, quando da comparação com filhos que conviviam com mães sem depressão ou com depressão leve e estável (Ashman et al., 2008). O estudo de Hammen e Brennam (2003) constatou ainda que, mesmo a exposição a apenas um ou dois meses de depressão materna grave, ou a exposição a mais de 12 meses de depressão leve mostraram-se associados ao aparecimento de depressão em jovens. A exposição das crianças de G1 a episódios recorrentes e, pelo menos de grau moderado, pode ter favorecido as dificuldades comportamentais das mesmas.

A influência da depressão materna para o comportamento das crianças de G1 pode ter se dado também por meio das dificuldades nas relações mães-filhos, já que a cronicidade do transtorno afeta tais relações, como constatado por Campbell et al., (2007), que afirmaram que os sintomas depressivos maternos graves e crônicos influenciam a sensibilidade das mães em relação aos filhos.

Outro ponto a ser discutido diz respeito à idade da exposição das crianças de G1, às quais, em sua maioria, tiveram seu primeiro contato com a depressão materna antes de iniciar a vida escolar, sendo que segundo Hughes et al. (2013), a precocidade da exposição caracteriza-se como um fator agravante para o surgimento das dificuldades desenvolvimentais.

A análise das características sociodemográficas e clínicas da amostra estudada evidenciou que as famílias que convivem coma a depressão materna estão expostas, além da depressão, a outras vulnerabilidades, o que será destacado no próximo tópico.

5.2 Ambiente familiar: comparações entre grupos quanto às adversidades e recursos e associações entre variáveis

As adversidades e os recursos do ambiente familiar foram considerados no presente estudo como forma de abarcar variáveis que coexistem no ambiente familiar de convivência com a depressão materna. Incialmente, abordar-se-á as Adversidades do Ambiente Familiar, avaliadas pela EEA e EAC e, em seguida, os Recursos do Ambiente Familiar, avaliados pelo RAF. Dado o objetivo do estudo de caracterizar e comparar o contexto familiar das crianças que convivem com a depressão materna, formulou-se as seguintes hipóteses norteadoras: a) as famílias que convivem com a depressão materna contam com a ocorrência de mais eventos

adversos, mais adversidade crônicas, e menos recursos do ambiente familiar, em relação às famílias que não convivem com tal transtorno; e b) a presença da depressão materna se correlacionará positivamente com as variáveis relativas às adversidades e negativamente com os recursos do ambiente.

As avaliações mostraram que as crianças que convivem com a depressão materna foram expostas a mais eventos adversos e a mais adversidades crônicas em seu ambiente familiar, dado que nas comparações entre G1 e G2 foram constatadas diferenças estatisticamente significativas quanto às duas variáveis ambientais, tendo G1 apresentado maiores escores que G2 e nas associações entre variáveis verificou-se correlação forte positiva entre a Depressão Materna com os Eventos Adversos e moderada positiva com as Adversidades Crônicas. Tais dados corroboram outros estudos que constataram que a exposição a mais adversidades também se aplica às mães com depressão as quais são propensas a conviverem com mais situações de risco (Barker et al. (2012), estando expostas a mais eventos de vida negativos (Lau et al., 2007), e por outro lado, seus filhos estão mais expostos a mais riscos de lesões físicas, na primeira infância, quando da cronicidade e maior gravidade do transtorno (Schwebel & Brezausek, 2008).

A Depressão Materna se mostrou aqui como uma variável, associada a outras adversidades, o que concorre para o exercício da parentalidade, pois as famílias, em geral, experimentam necessidades constantes de adaptações a crises, que afetam o cuidado com os filhos (Fraenkel & Crapistick, 2016). Considera-se que tais eventos adversos podem afetar as famílias tanto a nível intra-sistêmico, quanto em nível inter-sistêmico, exigindo delas, necessidades de ajuste e manutenção do equilíbrio, como proposto por Volling et al. (2009).

Quanto aos Recursos do Ambiente Familiar, quando das comparações entre os grupos, as crianças que convivem com a depressão materna contaram significativamente com menos recursos, que as crianças que não conviviam com tal adversidade, e o estudo correlacional mostrou correlação negativa entre as duas variáveis em questão, o que reitera o perfil de menos recursos socioeconômicos já discutidos.

A análise dos dados evidenciou que as hipóteses norteadoras foram confirmadas, ao se constatar que o ambiente das famílias que convivem com a depressão materna se caracterizou por mais eventos adversos e menos recursos, e ao se constatar que a presença do transtorno materno se associou com a presença de mais adversidades ambientais. A hipótese de que os recursos do ambiente familiar se correlacionariam negativamente com a depressão materna não foi totalmente confirmada, dado que o sentido negativo dessa associação se confirmou, porém não houve significância nem força relevante. Tais constatações indicam que a

combinação da presença da depressão materna com mais adversidades e menos recursos do ambiente familiar pode estar favorecendo os problemas de comportamento das crianças que convivem em tal contexto de adversidade, o que será analisado no tópico a seguir.

5.3 Aspectos comportamentais das crianças: comparações entre grupos e associações entre variáveis

Apresentar-se-á inicialmente os principais dados relativos ao perfil comportamental das crianças, considerando as comparações entre os grupos e as correlações entre as variáveis. Dado o objetivo do estudo de verificar as associações entre as dificuldades comportamentais das crianças e as condições do ambiente familiar em que se desenvolvem, e mais especificamente com a depressão materna, hipotetizou-se que: as crianças que convivem com tal transtorno apresentam mais dificuldades comportamentais e estão expostas a mais adversidades e menos recursos ambientais.

O comportamento das crianças nesse estudo foi a variável principal, tomada como referência ao padrão de adaptação e desenvolvimento das crianças, já que durante o período escolar a socialização é considerada a tarefa típica de desenvolvimento, expressa pela adaptação comportamental positiva ou negativa da criança (Marturano & Loureiro, 2003), o que nesse estudo foi avaliado pelo SDQ, tendo as mães como informantes.

Os dados obtidos a partir da aplicação do SDQ mostraram que, na comparação entre os grupos, G1 apresentou maiores escores em todas as escalas indicadoras de problemas e no Total de Dificuldades, a qual no estudo correlacional, apresentou correlação moderada positiva com a Depressão Materna, sinalizando que as crianças que convivem com tal adversidade apresentaram mais problemas comportamentais que as que não conviviam com tal adversidade. Tais dados corroboram o relatado pela robusta metanálise de Goodman et al. (2011), que, em número extenso de estudos empíricos, constatou a relação da depressão materna com problemas de ajustamento emocional, comportamental e cognitivo das crianças. São também concordantes com os dados de Cid e Matskura (2014) que constataram associação significativa entre os transtornos mentais do pais e mais indicadores de problemas de comportamento de escolares. Nesse sentido, Melchior e Van der Waerden (2016) ressaltaram, em editoral, que uma das formas para prevenir os problemas psicológicos das

crianças pode ser o manejo dos problemas socioemocionais dos pais, sendo que o fortalecimento das famílias se mostra como uma alternativa efetiva para tal prevenção.

Mais especificamente, quanto às dificuldades comportamentais caracterizadas por sintomas Internalizantes ou sintomas Emocionais verificou-se que G1 apresentou maiores médias, em comparação ao G2, e no estudo correlacional tais sintomas apresentaram correlação moderada positiva com a Depressão Materna, sinalizando que as crianças que conviviam com essa adversidade apresentaram mais sintomas Internalizantes, de ansiedade e depressão.

Tal dado corrobora outros estudos que ressaltaram que a exposição recorrente à depressão parental aumentou os riscos do aparecimento de sintomas depressivos nos filhos (Mikkonen et al., 2016), que os sintomas melancólicos das mães mostraram-se associados à depressão infantil (Shannon et al., 2007), que a depressão materna, por si só, caracterizou-se como preditora do surgimento de transtornos de depressão e ansiedade dos filhos (Pilowsky et al., 2006), além de se mostrar associada a mais problemas de internalização, disfunções na regulação das emoções e das competências socioemocionais, como relatado no estudo realizado por Frankel et al. (2014).

Pode-se pensar que a correlação entre sintomas Internalizantes das crianças e a depressão das mães pode guardar relação com a tendência dessas à manterem uma visão negativa do mundo, como demonstrado pelo estudo de Lau et al. (2007), os quais constataram que o estilo parental atribucional mais negativo associou-se significativamente à sintomatologia depressiva da criança.

Outro ponto a ser discutido diz respeito aos sintomas Externalizantes, constituído, nesse estudo, pelas escalas Hiperatividade, Problemas de Conduta e Relacionamento com Colegas. A avaliação de tal categoria mostrou diferenças significativas entre G1 e G2, com médias maiores em G1, sendo constatada correlação moderada positiva entre tal categoria e a Depressão Materna, sinalizando que as crianças que convivem com tal adversidade apresentaram também mais sintomas Externalizantes. Tal associação é concordante com os dados de estudos prévios que constataram que a depressão materna mostrou-se associada a sintomas externalizantes das crianças (Foster et al., 2008b), e quando associada à pobreza, apresentou um maior risco para o surgimento de transtorno desafiador opositivo e de distúrbios psiquiátricos, em comparação à crianças que não convivam com estas duas adversidades combinadas (Feder et al., 2009), assim como já foi referido por Shaw et al. (2016) os efeitos recíprocos entre os sintomas depressivos maternos e os problemas de conduta das crianças.

Ao se comparar a presença de mais sintomas Externalizantes nas crianças de G1, em comparação a G2, pode-se pensar também em problemas nas interações das mães com depressão com seus filhos, como relatado no estudo de Foster et al (2008a), que mostraram que essas são permeadas por baixos níveis de afeto e contavam com a presença excessiva de negatividade.

Tais características nas relações podem favorecer a utilização, por parte das mães de G1, de estilos parentais mais severos e de pouca proximidade, o que por sua vez pode favorecer a manifestação dos sintomas Externalizantes das crianças, como constatado por estudos que demonstraram que o estilo parental autoritário se correlacionou positivamente com os comportamentos de externalização das crianças pré-escolares (Oliveira et al., 2002), que o vínculo frágil de apego materno e os altos níveis de rejeição parental foram preditores de agressividade das crianças (Nunes et al., 2013) e ainda a comunicação mãe-criança empobrecida mostrou associação com problemas de conduta das crianças, que, por sua vez, retro-alimentavam a disciplina coercitiva dos pais, favorecendo o afastamento nas relações pessoais (Drabick et al., 2006).

Além das dificuldades comportamentais, também foram avaliados recursos adaptativos das crianças por meio da escala de Comportamentos Pró-Social. Na avaliação de tal categoria, apesar da diferença identificada entre os grupos não chegar a ser estatisticamente significativa, verificou-se uma tendência de G1 apresentar escores mais baixos que G2, além de constatada correlação fraca negativa com a Depressão Materna. Esses dados sugerem que, além de terem mais problemas de comportamento, as crianças que convivem com a depressão materna, também têm menos recursos pessoais de socialização, caracterizando um funcionamento psicológico e social mais pobre. Tais dados corroboram com o estudo de Feder et al. (2009) que apontou que crianças imigrantes que conviviam com a depressão materna apresentavam menor funcionamento psicossocial (Feder et al., 2009), e com o estudo de Bolsoni-Silva et al. (2011) que constatou que as habilidades sociais de crianças foram moderadamente e inversamente correlacionadas com depressão materna.

Cabe ressaltar que não foram todas as crianças de G1 que apresentaram indicadores de dificuldades comportamentais, sugerindo a presença de mecanismos de proteção diante da adversidade relativa à convivência com a depressão materna e com adversidades do ambiente familiar. A presença de crianças *Sem Dificuldade* nesse grupo sugere a presença de resiliência, já que a mesma consistiria em manter a adaptação, mesmo em condições desfavoráveis (Brandão et al., 2011). Tal resposta adaptativa pode estar ligada à presença de

mecanismos ambientais que podem funcionar como protetores ao desenvolvimento, inclusive no contexto familiar (Yunes & Szymanski, 2001; Walsh, 2005).

Além da depressão materna, as crianças de G1 estiveram expostas a mais adversidades crônicas e eventos adversos, como referido acima, além de haver sido constatada associação das dificuldades comportamentais com tais adversidades ambientais, o que apresenta consonância com os apontamentos do CDCHU (2010) que salientou que a maior exposição à adversidade ambiental pode favorecer prejuízos ao comportamento das crianças, considerando que a vulnerabilidade de um indivíduo às adversidades é determinada pela interação dos fatores biológicos e das experiências de vida, que trazem consequências ao seu desenvolvimento.

Com relação aos recursos do ambiente familiar, a associação com os problemas comportamentais mostrou mais força quanto aos sintomas Emocionais/Internalizantes, entretanto, quando da comparação entre os grupos *Sem* e *Com Dificuldades* essa variável não se mostrou significativa. Diversos estudos apontaram que os recursos do ambiente familiar podem favorecer o desenvolvimento infantil, como contar com o alto status socioeconômico (Essex et al. 2006), pois podendo configurar-se como fatores de proteção que moderam o impacto de determinadas adversidades ao desenvolvimento (Yunes & Szymanski, 2001). Em contrapartida, é necessário considerar que os domínios ambientais e pessoais se inter-relacionam, e que as características do ambiente, por si só, não garantem exclusivamente o desenvolvimento adequado às crianças (CDCHU, 2010).

As correlações das adversidades ambientais com a Depressão Materna sugerem que o ambiente familiar das crianças que convivem com tal patologia materna se caracteriza pela presença de riscos cumulativos. Além disso, os estudos correlacionais mostraram associação entre as Dificuldades Comportamentais e as Adversidades do Ambiente Familiar, fortalecendo a hipótese que o comportamento das crianças pode se mostrar mais afetado quando convivem em condições de vida mais vulneráveis, de riscos associados. Considerando-se que os recursos do ambiente familiar, enquanto dispositivos materiais disponibilizados pelas famílias, não se correlacionaram com a depressão materna, faz-se necessário aprofundar o significado de tal dado, analisando-se as associações da variável materna em questão, aos Padrões de Organização Familiar e, ao comportamento das crianças.

5.4 Padrões de Organização Familiar: comparações entre grupos e associações entre variáveis

No presente estudo, para a compreensão dos Padrões de Organização das famílias que conviviam com a depressão materna, buscou-se identificá-los sob quatro eixos temáticos, que definiram as seguintes categorias: a) Flexibilidade e Reorganização, b) Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo, c) Participação Paterna na Rotina da Criança e d) Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos, as quais são pontuadas em um escore total, sendo que quanto maior forem os escores, mais positivos são os padrões. Sugeriu-se como hipótese norteadora: a) as famílias que convivem com a depressão materna apresentam menos recursos positivos quanto à organização familiar; b) os recursos de organização se mostram mais escassos na presença de adversidades ambientais e de dificuldades comportamentais; e c) se seria esperado uma associação positiva entre os padrões positivos de organização e os recursos do ambiente familiar.

Avaliando-se a totalidade dos Padrões de Organização, constatou-se que as famílias de G1 apresentaram menos indicadores de recursos relativos à organização familiar, sendo que tais indicadores se mostraram inversamente correlacionados com a Depressão Materna. A análise desses dados coloca em foco as dificuldades das mães com depressão de se reorganizarem frente aos desafios, estabelecerem e manterem rotinas diárias, assim como de se perceberem com suporte para superar momentos mais difíceis. Tais dados corroboram aos analisados por Pizeta e Loureiro (2012) com relação a estudos de caso, nos quais a organização familiar se mostrou afetada pela presença da depressão materna.

Por outro lado, a percepção da presença dos recursos quanto à organização familiar mostrou-se associada a menos condições adversas ambientais, sugerindo que os Padrões de Organização Familiar positivos possam se configurar como mecanismos que ajudam os indivíduos e os grupos a se adaptarem, e fortalecerem seus recursos, mostrando-se menos vulneráveis às adversidades, como proposto por Walsh (2005).

De modo a ampliar a compreensão sobre como os Padrões de Organização Familiar se mostram na convivência com a Depressão Materna, analisar-se-á cada um dos padrões específicos.

Verificou-se que a categoria Flexibilidade e Reorganização mostrou-se associada à Depressão Materna sugerindo que, nas famílias que convivem com o transtorno materno, há uma maior dificuldade de reagir de forma flexível às adversidades impostas, retomando a

funcionalidade e reorganizando as rotinas após o período de crise. O reestabelecimento da funcionalidade demanda adaptações às crises o que dependem da regulação inter e intra-sistema familiar (Volling et al., 2009), o que nas famílias de G1, pode estar mais complicado em função de que as mães nesse grupo, em sua maioria, são as cuidadoras exclusivas das crianças e dos seus lares. Tais dificuldades provavelmente se mostraram mais intensas nos períodos de recidiva, pois a manutenção das funções de gerenciamento do lar e cuidados com os filhos dependem da disponibilidade e da disposição da mãe. No momento da avaliação, por critério, as mães estavam sem sintomas há pelo menos seis meses, sendo esperado assim que tivessem se restabelecido quanto à funcionalidade.

Ainda quanto à categoria Flexibilidade e Reorganização, constatou-se que ela se mostrou inversamente associada à presença de mais Eventos Adversos e Adversidades Crônicas, sugerindo que a condição familiar de se manter funcionando diante dos eventos estressores é menor quando a família está exposta a mais situações desestabilizadoras. Pode-se supor que a presença de muitas adversidades ambientais coloque em cheque a capacidade das famílias se reorganizarem e se adaptarem, de forma flexível, assim, outros eventos inesperados, dificultariam respostas que reflitam respostas mais flexíveis reorganização. Em sentido semelhante, com amostra da comunidade, o estudo de Goodman A., Fleitlich-Bilyk, Patel, e Goodman F. (2007) constatou que diversos fatores de risco podem afetar a dinâmica familiar, com impacto ao desenvolvimento infantil, tais como viver em uma família não-tradicional, e conviver com o estresse parental.

Outra categoria relativa aos Padrões de Organização Familiar diz respeito à Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo, tendo-se verificado que as famílias que convivem com a Depressão Materna referiram com menos recursos para o estabelecimento de uma frequência estável de rotinas da vida familiar, denotando dificuldades de planejar e administrar o tempo na vida doméstica. Tais dados apontaram que as mães com depressão recorrente apresentaram menos recursos de administração do seu tempo frente as demandas de dedicação aos filhos, às rotinas da casa, ao trabalho e ao marido. Tal dado tem sentido semelhante, ao relatado no estudo de Feder et al. (2009) o qual constatou que, na presença de depressão materna e pobreza, algumas rotinas familiares se mostraram afetadas, como por exemplo, as crianças apresentavam problemas com o cumprimento de tarefas de rotinas da casa, além de ter dificuldade no cumprimento de regras.

Um outro ponto a ser considerado diz respeito às peculiaridades da sintomatologia do transtorno depressivo que se caracteriza por dificuldades na administração do próprio tempo, oscilações de humor e indisposição para o outro. Nesse aspecto é fundamental se considerar

as mudanças ocorridas nas últimas décadas (Szelbracicovsk & Dessen, 2007), quanto as mulheres estarem inseridas no mercado de trabalho, concomitantemente à manutenção das rotinas do lar e de cuidados com os filhos (Dessen, 2010).

Um outro ponto a ser destacado compreende-se que a chegada de um filho desperta, naturalmente, preocupações com a sobrecarga de trabalho e de responsabilidade quanto aos papéis parentais (Andrade et al, 2014). No caso das mães depressivas esse desafio torna-se maior, possivelmente dificultando o estabelecimento e a manutenção de rotinas, a organização das atividades e o dedicar-se com tempo, e qualidade, aos filhos, dado que, nessas interações, elas acabam oferecendo pouco controle (Dietz et al., 2008) e ainda tendem a ter baixo monitoramento (Elgar et al. (2007).

Apesar de as mulheres de G2 estarem inseridas no mesmo contexto de demanda de trabalho, estudo e dedicação aos filhos, acima referidos, possivelmente por contarem com outros diversos recursos de organização familiar, inclusive com suporte, suas crianças apresentaram menos problemas de comportamento.

A categoria Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo apresentou-se ainda inversamente correlacionada com os Eventos Adversos e Adversidades Crônicas, sugerindo que as famílias expostas a mais adversidades ambientais, encontrem também mais dificuldades de manutenção de rotinas, e as mães, administrem o seu tempo com maior dificuldade. A incidência de tais adversidades parece impactar as famílias a ponto de prejudicar a organização e o cumprimento de compromissos e horários, ficando as mães com mais dificuldades na distribuição de seu tempo e dedicação aos filhos. Nesse sentido, estudos, como o de Ferriolli et al. (2007) e o de Cid (2015) apontaram a importância de se considerar questões de interação entre adversidades ambientais e a falta de rotinas diárias, para avaliar as condições favoráveis ao desenvolvimento infantil.

A Participação Paterna na Rotina da Criança foi a única categoria de padrões que não apresentou diferenças significativas entre os grupos G1 e G2, não evidenciando correlação entre essa categoria e a Depressão Materna, sendo que sua pontuação foi bastante baixa em ambos os grupos. Esses dados sugeriram que os pais participam menos das atividades diárias dos filhos, mesmo quando fazem parte da configuração familiar da criança, como é o caso da maioria das crianças de G2, pois apesar da monoparentalidade frequente em G1, a baixa participação paterna na rotina da criança não foi exclusividade de crianças que conviviam com a depressão materna. Essa constatação vai ao encontro dos apontamentos de Dessen (2010) quanto à cooperação dos cuidados para com os filhos, entre o marido e a mulher não

ter acompanhado a democratização ocorrida dentro do grupo familiar quanto à mulher passar a ser mais participativa das decisões e do sustento financeiro do lar.

Quando da presença de eventos adversos e adversidades crônicas, constatou-se que os pais se mostraram ainda menos participativos. Tais dados sugerem que quanto mais adverso o ambiente, menos os pais se envolvem em atividades com os filhos, o que pode influenciar a dinâmica da família, reforçando o proposto por Fraenkel e Crapistick (2016), de que a falta de cooperação entre os cônjuges não favorece o bem-estar familiar.

Considerando a rede de apoio em que a família está inserida, a categoria de padrões Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos mostrou-se inversamente associada com a Depressão Materna, sugerindo que as mães com depressão recorrente se percebem com menos suporte social, pessoals e comunitário e com menos recursos econômicos, o que tem consonância com o estudo de Bouvette-Turcot et al. (2017), que relataram que mulheres com depressão estavam significativamente mais propensas a viverem em condições de menor recursos socioeconômicos.

Quanto ao suporte comunitário, é importante ressaltar que as mães de G1 referiram menos recursos diante da menor percepção de suporte da rede de apoio pela mãe com depressão, Marshall e Harper-Jaques (2008) sugeriram a relevância de se viabilizar os diálogos entre os membros da família, o que se mostrou uma estratégia interventiva mais efetiva para a moderação do impacto da depressão materna nas relações familiares.

Considerando a influência que os Padrões de Organização Familiar têm para a dinâmica familiar, analizar-se-á como isso se dá para crianças *Sem* e *Com Dificuldades* o comportamentais.

O comportamento das crianças pareceu ser influenciado pela organização familiar, de um modo geral, dado que, quanto ao Total de Padrões, foram identificadas diferenças entre os grupos *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais, tendo essa categoria se associado negativamente ao Total de Dificuldades e a todas as outras escalas de problemas comportamentais, com exceção do Relacionamento com Colegas. Esses dados se mostram consonantes com os apontamentos de Morais e Koller (2004), quanto à importância da estabilidade do ambiente para a compreensão do cenário familiar, enquanto contexto de desenvolvimento.

Além das dificuldades comportamentais se mostrarem menos presentes, quando da presença de mais recursos relativos à organização familiar, ressalta-se que as crianças com tais dificuldades foram maioria no grupo de mães com depressão. Tais dados sugerem que as dificuldades comportamentais guardam associação com a depressão mas também com o nível

de organização que as mães com depressão conseguem oferecer. Supõe-se que a instabilidade de humor, o pouco envolvimento com o outro (Mendes et al., 2008) e a diminuição da sensibilidade materna e dos padrões de comunicação (Hwa-Froelich et al., 2008), características do transtorno podem favorecer dificuldades relativas à organização familiar, o que corrobora a afirmativa de Dubois-Comtois et al. (2013) quanto ao controle excessivo das mães se mostrar preditor de problemas de internalização e externalização de crianças.

Outro agravante a ser considerado reside na monoparentalidade frequente em G1, dado que as famílias com tal configuração enfrentam, como desafios, a administração de menor fluxo de renda, o menor apoio social e a dificuldade na expansão da distribuição de papéis e responsabilidades, como constatado por Fraenkel e Crapistick (2016). Em contrapartida, Pizeta e Loureiro (2012) apontaram que a postura proativa materna no enfrentamento do cotidiano de adversidades foram condições favorecedoras de desenvolvimento de crianças, em contexto de depressão materna, caracterizando o enfrentamento das atividades cotidianas como fator de proteção aos filhos.

Em sentido semelhante, de proteção ao comportamento infantil, a organização familiar se mostrou como recurso importante, ao se correlacionar de forma negativa com os problemas de comportamento, parecendo favorecer a resiliência familiar, expressa por formas adaptativas de enfrentamento das adversidades (Yunes & Szymanski, 2001). Considerando que algumas crianças de G1 não apresentaram dificuldades comportamentais, supõe-se que elas tenham contado com outros recursos protetores, o que faz pensar na possibilidade de contarem com a resiliência, enquanto um atributo dinâmico (Rutter, 1999), que no momento da avaliação, provavelmente estava atuante.

Com o objetivo de aprofundar a compreensão da relação dos Padrões de Organização Familiar e o Comportamento Infantil, no contexto de Depressão Materna, abordar-se-á cada um dos padrões específicos.

O comportamento das crianças se mostrou prejudicado quando da escassez de Flexibilidade e Reorganização, sugerindo que as dificuldades da família em se adaptar, de forma flexível, a eventos inesperados, e de se manter funcionando, mostram-se associadas a prejuízos no comportamento infantil. Considera-se que ter indicadores de flexibilidade possa funcionar como um fator protetor ao desenvolvimento, pois viabilizam a resiliência dos membros do grupo familiar, já que, para Placco (2001), esse recurso se caracteriza pela resposta consistente e flexível às adversidades. No caso das crianças de G1, a exposição à depressão e a outras adversidades pareceu ser potencializada pela ausência desse recurso de flexibilidade e reorganização familiar, favorecendo os problemas de comportamento.

Ademais, a correlação positiva constatada entre as categorias Flexbilidade e Reorganização e Comportamento Pró-Social sugere que a adaptação maleável frente às adversidades pode funcionar como um contexto favorecedor de desenvolvimento (Dessen & Polonia, 2007), já que a flexibilidade é um recurso de resiliência que favorece a modificação da resposta do indivíduo frente a uma adversidade (Yunes & Szymanski, 2001), no caso, à depressão materna.

Sugere-se que os recursos de flexibilidade e reorganização familiares favoreceram o comportamento das crianças, enquanto que a depressão materna e os eventos adversos e adversidades crônicas, se mostraram como condições de adversidade para o comportamento das crianças.

Os recursos de Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo não se mostraram fortemente associados aos problemas de comportamento das crianças, num geral, sendo que tal categoria não se diferenciou na comparação entre crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais, sendo um aspecto da organização familiar que esteve associado, de forma negativa e relevante, somente aos sintomas Emocionais/Internalizantes. Tais dados sugerem que esse aspecto específico da organização familiar se mostrou mais influente quanto à internalização dos sintomas, diferentemente do constatado por Marturano e Elias (2016) que constataram a estabilidade de rotinas como fator preditivo atenuador de problemas de Externalização.

Tais dados encontram consonância com os dados de diversos estudos, como os de Ferriolli et al. (2007), que sinalizaram que o ambiente estável e com rotinas pré-definidas esteve negativamente associado a problemas de saúde mental em crianças, com os de Marturnao e Elias (2016) que sinalizaram a estabilidade e organização do ambiente como fator de proteção ao desenvolvimento, e com os de MacPhee et al. (2015), que constataram a rotina como viabilizadora do senso de coerência entre os membros do ambiente, favorecendo o desenvolvimento de resiliência familiar. Além desses estudos, o CDCHU (2010) sinalizou os benefícios que a estabilidade de rotinas pode trazer ao desenvolvimento de sistemas regulatórios das crianças, ressaltando ainda, que os domínios ambientais, externos à família, e a dedicação de adultos às crianças, que interajam com elas, por meio de relações estáveis e recíprocas, são condições propícias ao desenvolvimento infantil.

Como parte da estabilidade das rotinas pré-definidas encontram-se os sistemas de regras disponíveis à criança, os quais não foram avaliados especificamente nesse estudo, mas estão implícitos nessa categoria. As regras são colocadas às crianças por meio de práticas parentais, dado que nessas se incluem questões quanto à disciplina (Oliveira et al., 2002), a

monitoria das atividades da criança e as decisões sobre o que ela deve ou não fazer (Gomide et al., 2005).

Ao se constatar que a Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo mostrou-se associada aos sintomas Emocionais/Internalizantes, identifica-se consonância com o estudo de Lau et al. (2007), que constatou que o estilo atribucional mais negativo dos pais e mais eventos de vida negativos foram significativamente associados a sintomatologia depressiva da criança. Tais dados fortalecem o que foi proposto por Alvarenga et al., (2016) de que as práticas parentais podem predizer o comportamento das crianças ou influencia-lo, favorecendo ou prejudicando-o, ressaltando que essas favorecem o comportamento adaptativo quando permeadas pela presença de limites e afeto.

As regras inseridas na categoria Estabilidade de Rotinas e Administração do Tempo mostraram pouca influência para as manifestações de externalização, relacionamento com colegas, e comportamento pró-social, sendo que tais dados são divergentes de Salvo et al. (2005) que constataram que a falta de monitoria positiva foi preditora de comportamento agressivo, e a sua presença, também o foi para a sociabilidade. Tais divergências sugerem que que além das regras o comportamento infantil é influenciado por outros aspectos do ambiente e das práticas parentais. Contudo, as práticas parentais, como já assinalado, não foram avaliadas de forma específica nesse estudo.

Como o estresse dos pais influencia as práticas parentais, aumentando as suas chances de utilizarem de punição inconsistente (Gomide, 2003), considera-se que a Depressão Materna, atue sobre esse processo de forma negativa, já que a falta de bem-estar materno influencia negativamente as tentativas de controle por parte das mães (Laukkanen et al., 2014). Porém, nesse contexto específico, parece que a estabilidade das regras e a falta de dedicação de tempo, com qualidade, aos filhos, seja mais prejudicial para os sintomas Internalizantes por parte das crianças, que ao comportamento delas, em geral.

Acrescenta-se que a estabilidade de rotinas familiares e a administração do tempo da mãe pareceram fazer parte de um conjunto de condições ambientais favoráveis ao desenvolvimento infantil, em geral, porém, quando a especificidade é o comportamento das crianças no contexto de Depressão Materna, esse aspecto se limitou à Internalização de sintomas. Portanto, supõe-se que a divergência desse dado com os dados de outros estudos se deva à peculiaridade da avaliação do ambiente adotada no estudo em questão.

Outro aspecto da organização familiar que não mostrou associação significativa com as dificuldades comportamentais das crianças foi a participação do pai na rotina da criança, apesar de considerada como fator favorecedor da interação pai-filho (Dorsch et al., 2015), e a

falta dela tendo sido mostrou associada a problemas de saúde mental em crianças (Bordin et al, 2009). Tais dados se mostram divergentes dos dados do estudo de Salvo et al. (2005), que constatou que a falta de monitoria positiva paterna favoreceu déficits na sociabilidade das crianças e dos dados do estudo de Nunes et al. (2013), que constataram que o vínculo frágil de apego paterno foi preditor de retraimento social. Contatou-se que os pais se mostraram mais distantes dos cuidados de seus filhos nos dois grupos, o que se contrapõe à definição de Zimmerman (2003) quanto à participação cooperativa entre o casal nas atividades de cuidados e lazer com os filhos se mostrar como uma estratégia de adaptação e bem-estar familiar.

Outro domínio dos Padrões de Organização se referiu à percepção das mães de falta de Suporte Psicossocial e Recursos Socioeconômicos, a qual não mostrou associação aos problemas de comportamento das crianças, não sendo constatadas diferenças significativas entre os grupos *Sem* e *Com Dificuldades* quanto à tal categoria. Tais dados são divergentes em relação a outros estudos que relataram o apoio comunitário como favorecedor de desenvolvimento infantil, seja provido pelos próprios membros da família, por programas governamentais, associações voluntárias ou pela vizinhança (CDCHU, 2010), e fortalecer vínculos familiares (Tszenioski et al., 2015) e favorecendo diversos âmbitos da organização familiar, trazendo, inclusive, impactos positivos na relação mãe-filho (Halpern & Figueiras, 2004).

Atentando-se para os recursos socioeconômicos, a falta de diferenças significativas entre os grupos de crianças *Sem* e *Com Dificuldades* comportamentais, quanto a categoria Suporte Social e Recursos Socioeconômicos reafirmam os dados da regressão logística bivariada aplicada ao G1, quanto à Depressão Materna ser a variável que diferenciou o comportamento das crianças e não a Classificação Socioeconômica e a Renda Mensal das famílias, o que se contrapõe à afirmativa de Bem e Wagner (2006) quanto ao contexto socioeconômico permear as exigências e as formas dos pais de educarem seus filhos, com consequência para o comportamento infantil.

Por ser uma categoria mista, composta de percepções quanto ao suporte recebido e quanto aos recursos econômicos, pode se pensar que seja esse outro motivo para a percepção sobre o suporte comunitário não ter se mostrado como um diferencial ao comportamento infantil, como relatado em outros estudos.

Diante de tais dados, confirmou-se a hipótese norteadora, ao se constatar que a Depressão Materna mostrou-se relacionada a mais problemas de comportamento das crianças, em associação com mais adversidades ambientais, e a menos recursos do ambiente familiar, e menos padrões positivos de organização familiar. Nesse contexto, a organização familiar se

mostrou como protetora aos problemas de comportamento infantil, principalmente quanto à condição da família se reorganizar, com flexibilidade, diante das adversidades, o que se mostrou um recurso escasso nas famílias com Depressão Materna. Outras características específicas da organização familiar, tais como os recursos de estabilidade de rotinas, administração do tempo da mãe, participação do pai na rotina da criança e percepção de suporte e recursos socioeconômicos, também se mostraram mais escassos nas famílias com depressão materna, porém sua influência para o comportamento infantil não se mostrou marcada.

5.5 Limitações e contribuições do estudo

As limitações do trabalho são de diferentes naturezas e serão detalhadas nos parágrafos a seguir.

Em relação ao delineamento transversal, correlacional, considera-se a limitação deste em não permitir a identificação do valor preditivo das variáveis para o comportamento das crianças que convivem com a depressão materna, bem a ausência de análises que sinalizassem tal impacto ao longo do tempo. De tal forma, não foi possível a realização da identificação de uma relação de causalidade entre as variáveis que concorrem para os problemas comportamentais das crianças, o que poderia ser contemplado num estudo de delineamento longitudinal, com avaliações em diversos momentos da trajetória das crianças avaliadas.

Quanto ao tamanho da amostra, foram constatadas limitações quanto à impossibilidade de realização de análises específicas quanto ao sexo das crianças, ainda que a literatura sinalize que os problemas comportamentais das crianças variem para meninos e meninas.

A exclusividade das mães como as únicas informantes em relação ao comportamento dos filhos foi outro aspecto limitante, dado que não foram utilizadas outras fontes de informações, tais como professores, pais e outros familiares, que forneceriam informações sob outras óticas, possivelmente, sem os eventuais vieses negativos, característicos das pessoas deprimidas, embora as mães estivessem assintomáticas no momento da coleta.

Outro ponto a ser destacado reside no fato de o recrutamento das informantes do estudo ter se dado a partir da identificação de usuárias de serviços ambulatoriais de saúde mental para o G1 e de uma Unidade de Saúde da Família para o G2, configurando uma representatividade, em parte, limitada aos serviços da rede pública de saúde, não abrangendo

usuárias de outros serviços e amostras multicêntricas, que acaso fossem inclusas, daria maior representatividade aos dados.

Por outro lado, destacam-se cuidados metodológicos e pontos positivos do trabalho, que serão elencados a seguir, tais como a avaliação sistemática da depressão das mães por meio de instrumento diagnóstico, adaptado para a realidade brasileira, sendo realizada por avaliadores treinados.

Quanto ao Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado, salienta-se o fato de ter sido construído a partir de constructos teóricos propostos pela teoria da resiliência familiar em que o estudo se baseou, contando na classificação das categorias emergentes das entrevistas com a avaliação independente de dois pesquisadores, sendo observada alta concordância o que referenda os dados obtidos.

Destaca-se também como aspecto positivo a abordagem com uma mesma amostra, da associação da depressão materna a outras condições contextuais tanto de risco quanto de proteção, com foco na associação dessas condições para o comportamento das crianças, assim ao se evidenciar a influência dos padrões de organização familiar para comportamento de escolares ampliou-se a compreensão sobre os mecanismos que influenciam o contexto de convivência com a depressão materna.

Diante de tais considerações, as principais contribuições do estudo são: a) a identificação de perfis familiares diferenciados quanto às adversidades e recursos ambientais quando da comparação entre famílias que convivem com a depressão materna em comparação a famílias com mães sem transtorno psiquiátrico; (b) a verificação de associações positivas entre problemas de comportamento das crianças, a depressão materna e adversidades do ambiente familiar, caracterizando a convivência com um contexto de múltiplos riscos; e c) a constatação de associações negativas entre os recursos familiares e os padrões positivos de organização e os problemas de comportamento infantil, evidenciando as potencialidades dos recursos para minimizar as adversidades.

Considerando-se os dados principais do estudo quanto à presença de riscos cumulativos na convivência com a depressão materna e as potencialidades dos recursos dos padrões positivos de organização familiar como condições que podem amenizar os problemas comportamentais de escolares, sugere-se a relevância de programas de prevenção e tratamento em saúde mental materno-infantil que abordem o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e reorganização familiar diante de múltiplos estressores, com destaque para a busca por apoio psicossocial e comunitário, de modo a favorecer processos de resiliência.

Dada a prevalência da depressão materna e seus impactos para os filhos considera-se relevante a realização de novos estudos que avaliem o valor preditivo dos padrões de organização familiar para o comportamento das crianças que convivem com tal adversidade, bem como dos outros fatores definidos como favorecedores de resiliência familiar. Além dos estudos de predição, estudos com delineamento longitudinal, com amostras robustas e com fontes variadas de informação poderão oferecer informações quanto às condições de risco e proteção ao comportamento infantil, ao longo da trajetória de desenvolvimento.

Conclui-se que os objetivos propostos nesse estudo foram atingidos e que os dados alcançados contribuíram para ampliar a compreensão sobre o cenário familiar de crianças, em idade escolar, que convivem com a depressão materna, sinalizando características peculiares de organização familiar que requerem atenção no planejamento de ações preventivas e interventivas nos programas em saúde mental.

REFERÊNCIAS[3]

[3] De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Alvarenga, P. A., 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).

Anderson, C. M. (2016). A diversidade, pontos fortes e desafios das famílias monoparentais. In Walsh, F. (Org.), S. M. M. da Rosa (Trad.), *Processo normativos da família: diversidade e complexidade* (4 ed., p. 3-27), Porto Alegre, RS: Artmed.

Andrade, L. M. C., Silva, M. M. F. P., Angelo, M. M., & Martini, J. G. (2014). Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares. *Acta Paul Enferm*, *27*(4), 385-91. http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400064

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, SP: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Antoni, C., & Batista, F. (2014). Violência familiar: Análise de fatores de risco e proteção. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, *14*(2), 26-35. Recuperado em 18 de Janeiro de 2017 de http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/62

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*(01), 55-77. https://doi.org/10.1017/S0954579408000035

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. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092346

Bem, L. D., & Wagner, A. (2006). Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. *Psicologia em Estudo*, *11*(1), 63-71.

Bennett, A. C., Brewer, K. C., & Rankin, K. M. (2012). The association of child mental health conditions and parent mental health status among US children, 2007. *Maternal and child health journal*, *16*(6), 1266-1275. https://doi.org/10.1007/s10995-011-0888-4

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.

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. http://dx.doi.org/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. http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.20806

Bordin, I. A., Duarte, C. S., Peres, C. A., Nascimento, R., Curto, B. M., & Paula, C. S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, *87*(5), 336-344. http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.043125

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. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.012

Boyce, W. T., Essex, M. J., Alkon, A., Goldsmith, H. H., Kraemer, H. C., & Kupfer, D. J. (2006). Early father involvement moderates biobehavioral susceptibility to mental health problems in middle childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(12), 1510-1520. http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000237706.50884.8b

Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, *21*(49), 263-271.

Brecailo, M. K., & Saldan, P. C. (2013). Relação Entre Depressão Materna e os Cuidados em Saúde à Criança: Revisão Sistemática. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*,*15*(ESP), 423-9.

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. http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.43.5.1202

Center on the Developing Child at Harvard University [CDCHU] (2010). The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood. Recuperado em 16 de Janeiro de 2017 de http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2010/05/Foundations-of-Lifelong-Health.pdf

Chang, J. J., Halpern, C. T., & Kaufman, J. S. (2007). Maternal depressive symptoms, father's involvement, and the trajectories of child problem behaviors in a US national sample. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 161*(7), 697-703. http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.161.7.697

Chen, M., & Johnston, C. (2007). Maternal inattention and impulsivity and parenting behaviors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(3), 455-468. http://dx.doi.org/10.1080/15374410701448570

Cid, M. (2015). Cotidiano familiar: refletindo sobre a saúde mental infantil e a prática de atividades familiares. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 26*(3), 428-438. http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p428-438

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. http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p1-10

Cunico, S. D., & Arpini, D. M. (2014). Conjugalidade epparentalidade na perspectiva de mulheres chefes de ammília. *Psicol. estud, 19*(4), 693-703. http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722418811

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. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000300008

Dessen, M. A. (2010). Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. *Psicologia Ciência e Profissão, 30*(spe), 202-219.

Dessen, M. A., & Polonia, A. D. C. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia, 17*(36), 21-32.

Dietz, L. J., Birmaher, B., Williamson, D. E., Silk, J. S., Dahl, R. E., Axelson, D. A., ... & Ryan, N. D. (2008). Mother-child interactions in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(5), 574-582. http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181676595

Dorsch, T. E., Smith, A. L., & McDonough, M. H. (2015). Early socialization of parents through organized youth sport. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, *4*(1), 3. http://dx.doi.org/10.1037/spy0000021

Drabick, D. A., 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 and Adolescent Psychology*, *35*(2), 244-252. http://dx.doi.org/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. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-013-9764-6

Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of abnormal child psychology*, *35*(6), 943-955. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9145-0

Essex, M. J., Kraemer, H. C., Armstrong, J. M., Boyce, W. T., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., ... & Kupfer, D. J. (2006). Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Archives of general psychiatry*, *63*(11), 1246-1256. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.11.1246

Feder, A., Alonso, A., Tang, M., Liriano, W., Warner, V., Pilowsky, D., ... & Weissman, M. M. (2009). Children of low-income depressed mothers: psychiatric disorders and social adjustment. *Depression and anxiety*, *26*(6), 513-520. http://dx.doi.org/10.1002/da.20522

Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, *41*(2), 251-259. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017

Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc. adolesc*, *8*(1), 44-50.

Foster, C. J. E., Garber, J., & Durlak, J. A. (2008a). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, *36*(4), 527-537. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9197-1

Foster, C. E., Webster, M. C., Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Talati, A., ... & Cerda, G. (2008b). Remission of maternal depression: relations to family functioning and youth internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(4), 714-724. http://dx.doi.org/10.1080/15374410802359726

Fraenkel, P., & Crapistick, C. (2016). Famílias contemporâneas biparentais. In Walsh, F. (Org.), S. M. M. da Rosa (Trad.), *Processo normativos da família: diversidade e complexidade* (4 ed., p. 78-101), Porto Alegre, RS: Artmed.

Frankel, K. A., Croy, C. D., Kubicek, L. F., Emde, R. N., Mitchell, C. M., & Spicer, P. (2014). Toddler socioemotional behavior in a northern plains indian tribe: associations with maternal depression. *Infant mental health journal*, *35*(1), 10-20. 10.1002/ imhj.21422

Garcia, P. R. J. M., Restubog, S. L. D., Kiewitz, C., Scott, K. L., & Tang, R. L. (2014). Roots run deep: Investigating psychological mechanisms between history of family aggression and abusive supervision. *Journal of Applied Psychology*, *99*(5), 883. http://dx.doi. org/10.1037/a0036463

Gomide, P. I. C. (2003) Estilos parentais e comportamento anti-social. In: *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem* (Orgs: A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette paginas). São Paulo, SP: Editora Alínea.

Gomide, P. I. C., Salvo, C. G., Pinheiro, D. P. N., Sabbag, G. M. (2005) Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *Psico-USF*, *10*(2),169-178.

Goodman, A., Fleitlich-Bilyk, B., Patel, V., & Goodman, R. (2007). Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(4), 448-456. http://dx.doi. org/10.1097/chi.0b013e31803065b5

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. http://dx.doi.org/10. 1007/s10567-010-0080-1

Gross, H. E., Shaw, D. S., & Moilanen, K. L. (2008). Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, *36*(5), 693-709. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-008-9224-x

Halpern, R., & Figueiras, A. (2004). Environmental influences on child mental health. *Jornal de pediatria*, *80*(2), 104-110. http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300013

Hammen, C., & Brennan, P. A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of general psychiatry*, *60*(3), 253-258. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.3.253

Hipwell, A., Keenan, K., Kasza, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Bean, T. (2008). Reciprocal influences between girls' conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: A six year prospective analysis. *Journal of abnormal child psychology*, *36*(5), 663-677. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9206-4

Hosmer, D.W.; Lemeshow, S. (1989). Assessing the fit of the model. In *Applied Logistic Regression* (p. 135–173). New York, NY: John Wiley and Sons.

Hughes, C., Roman, G., Hart, M. J., & Ensor, R. (2013). Does maternal depression predict young children's executive function?–a 4-year longitudinal study. *Journal of child psychology and psychiatry*, *54*(2), 169-177. http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12014

Hwa-Froelich, D. A., Cook, C. A. L., & Flick, L. H. (2008). Maternal Sensitivity and Communication Styles Mothers With Depression. *Journal of Early intervention*, *31*(1), 44-66. http://dx.doi.org/10.1177/1053815108324754

Ingram, R. E., & J. P. Price (2010). ver, cidade de publicação o nome do livro e do capitulo Vulnerability to psychopatology. Risk across the Lifespan. Future directions in the study of vulnerability to psychopatology. New York, USA: The Guilford Press, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2016). IBGE Cidades. Recuperado em 18 de Janeiro de 2017 de http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3543402/pesquisa/39/2014

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2010). Atlas do desenvolvimento humano. Recuperado em 18 de janeiro de 2017 de http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ribeirao-preto_sp

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. http://dx.doi.org/10.1007/s10826-014-0037-y

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. http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Lau, J. Y., Rijsdijk, F., Gregory, A. M., McGuffin, P., & Eley, T. C. (2007). Pathways to childhood depressive symptoms: the role of social, cognitive, and genetic risk factors. *Developmental Psychology*, *43*(6), 1402. http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1402

Laukkanen, J., Ojansuu, U., Tolvanen, A., Alatupa, S., & Aunola, K. (2014). Child's difficult temperament and mothers' parenting styles. *Journal of Child and Family Studies*, *23*(2), 312-323. http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9747-9

Lengua, L. J., Bush, N. R., Long, A. C., Kovacs, E. A., & Trancik, A. M. (2008). Effortful control as a moderator of the relation between contextual risk factors and growth in adjustment problems. *Development and Psychopathology, 20*(02), 509-528. https://doi.org/10.1017/S0954579408000254

Loosli, L., & Loureiro, S. R. (2010). Associação entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria, 32*(3), 94-101.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, *71*(3), 543-562. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164

MacPhee, D., Lunkenheimer, E., & Riggs, N. (2015). Resilience as regulation of developmental and family processes. *Family relations*, *64*(1), 153-175. https://doi.org/10.1111/fare.12100

Marshall, A. J., & Harper-Jaques, S. (2008). Depression and Family Relationships Ideas for Healing. *Journal of Family Nursing*, *14*(1), 56-73. https://doi.org/10.1177/1074840707312717

Marturano, E. M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicologia: teoria e pesquisa*, *15*(2), 135-142.

Marturano, E. M. (2006). O inventário de recursos do ambiente familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*(3), 498-506. http://dx.doi.org/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* (p. 259-291). Campinas, SP: Editora Alínea.

Marturano, E. M., Trivellato-Ferreira, M. D. 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. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100013

Marturano, E. M., & Elias, L. C. S. (2016). Família, dificuldades no aprendizado e problemas de comportamento em escolares. *Educar em Revista*, (59), 123-139. http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.44617

Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Vulnerability and Resilience in Early Child Development. In: K. McCartney, & D. Phillips (Eds.). *Blackwell handbook of early childhood development*. Oxford: Blackwell Publishing Ltda.

Melchior, M., & van der Waerden, J. (2016). Parental influences on children's mental health: the bad and the good sides of it. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* [Editorial] (25). 805–807. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-016-0891-9

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), 178-186. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000500002

Mikkonen, J., Moustgaard, H., Remes, H., & Martikainen, P. (2016). Intergenerational transmission of depressive symptoms–The role of gender, socioeconomic circumstances, and the accumulation of parental symptoms. *Journal of Affective Disorders, 204*, 74-82. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.036

Morais, N. D., & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde. In: S. H. Koller (Ed.). *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (p. 91-107). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Nunes, S. A. N., Faraco, A. M. X., Vieira, M. L., & Rubin, K. H. (2013). Externalizing and internalizing problems: contributions of attachment and parental practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(3), 617-625. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-797220130003 00022

Oliveira, E. D., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravanello, T., & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia: reflexão e crítica, 15*(1), 1-11. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722002000100002

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2009). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: Artes Médicas.

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. http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x

Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Nomura, Y., & Weissman, M. M. (2006). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(4), 452-460.

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., & Loureiro, S. R. (2012). Adversidades e resiliência no contexto da depressão materna: estudos de casos comparativos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *29*, 727-735. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500009

Placco, V. M. N. de S. (2001). Prefácio. In: J. Tavares (Org.). *Resiliência e educação* (3 ed., p. 13-42). São Paulo, SP: Editora Cortez.

Primi, R., Muniz, J.,& Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In C. S. Hutz (Org.). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 243-265.

Psychogiou, L., & Parry, E. (2014). Why do depressed individuals have difficulties in their parenting role?. *Psychological medicine*, *44*(07), 1345-1347. https://doi.org/10.1017/S0033291713001931

Reis, L. N. (2012). *Perfil epidemiológico de um serviço de saúde mental – uma análise descritiva e analítica*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Roman, G. D., Ensor, R., & Hughes, C. (2016). Does executive function mediate the path from mothers' depressive symptoms to young children's problem behaviors?. *Journal of experimental child psychology*, *142*, 158-170. http://dx.doi.org/10.1016/j.jecp.2015.09.022

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of family therapy*, *21*(2), 119-144. http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00108

Salvo, C. G. D., Silvares, E. F. D. M., & Toni, P. M. D. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estud. psicol.(Campinas)*, *22*(2), 187-195.

Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and psychopathology*, *12*(03), 297-312. http://dx.doi.org/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.

Sarche, M. C., Croy, C. D., Crow, C. B., Mitchell, C. M., & Spicer, P. (2009). Maternal correlates of 2-year-old American Indian children's social-emotional development in a Northern Plains tribe. *Infant Mental Health Journal*, *30*(4), 321-340. http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20217

Schwebel, D. C., & Brezausek, C. M. (2008). Chronic maternal depression and children's injury risk. *Journal of pediatric psychology*, *33*(10), 1108-1116. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn046

Silva, M. R. S. D., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, *13*(26), 147-156.

Shannon, K. E., Beauchaine, T. P., Brenner, S. L., Neuhaus, E., & Gatzke-Kopp, L. (2007). Familial and temperamental predictors of resilience in children at risk for conduct disorder and depression. *Development and psychopathology*, *19*(03), 701-727. https://doi.org/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*(03), 819-836. https://doi.org/10.1017/S095457941600033X

Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B., (1999). Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, *282*(18), 1737-1744. https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., Verloin deGruy, F., Hahn, S. R., ... & Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *Jama*, *272*(22), 1749-1756. https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520220043029

Szelbracikowski, A. C., & Dessen, M. A. (2007). Problemas de comportamento exteriorizado e as relações familiares: revisão de literatura. *Psicologia em estudo*, *12*(1), 33-40. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000100005

Talati, A., Wickramaratne, P. J., Pilowsky, D. J., Alpert, J. E., Cerda, G., Garber, J., ... & Verdeli, H. (2007). Remission of maternal depression and child symptoms among single mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *42*(12), 962-971. https://dx.doi.org/10.1007/s00127-007-0262-4

Tszesnioski, C. L., Nóbrega, K. B. G., Lima, M. L. L. T., & Facundes, V. L. D. (2015). Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(2). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05082014

Volling, B. L., Kolak, A. M., & Blandon, A. Y. (2009). Family subsystems and children's self-regulation. In S. L. Olson, A. J. Sameroff (Eds) *Regulatory processes in the development of childhood behavior problems: Biological, behavioral, and social-ecological perspectives* (p. 238-257). New York, USA: Cambridge University Press.

Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process*, *42*(1), 1-18. http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x

Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. (M. F. Lopes, trad.). São Paulo, SP: Editora Roca. (Original publicado em 1998).

Walsh, F. (2016a). Diversidade e complexidade nas famílias no século XXI. In Walsh, F. (Org.), S. M. M. da Rosa (Trad.), *Processo normativos da família: diversidade e complexidade* (4 ed., p. 3-27), Porto Alegre, RS: Artmed.

Walsh, F. (2016b). Resiliência familiar. In Walsh, F. (Org.), S. M. M. da Rosa (Trad.), *Processo normativos da família: diversidade e complexidade* (4 ed., p. 399-427), Porto Alegre, RS: Artmed.

Weber, L. N. D., Prado, P. M., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: reflexão e crítica*, *17*(3), 323-331. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000300005

Westbrook, T. P. R., & Harden, B. J. (2010). Pathways among exposure to violence, maternal depression, family structure, and child outcomes through parenting: A multigroup analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, *80*(3), 386-400. 10.1111/j.1939-0025.2010.01042.x

Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Pilowsky, D. J., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., ... & Trivedi, M. H. (2011). Children of depressed mothers 1 year after remission of maternal depression: findings from the STAR* D-Child study. *American Journal of Psychiatry*. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10010032

Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dalgalarrondo, P., ... & Tannock, R. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *13*(2), ii47-ii54. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-004-2008-0

Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em estudo, (spe) 8*(1), 80-95. 10.1590/S1413-73722003000300010

Yunes, M. A. M., Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares, J. (Org.). *Resiliência e educação*. São Paulo, SP: Editora Cortez.

Zimmerman, T. S. (2003). Intimate partnership: Foundation to the successful balance of family and work. *American Journal of Family Therapy*, *31*(2), 107-124. http://dx.doi.org/10.1080/01926180301126

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- Roteiro de Entrevista Semiestruturado

Roteiro de Entrevista Semiestruturado

1. Pensando em seu dia a dia, como você decide o que fazer e o que não fazer? Você se planeja?

2. E quando tem um imprevisto, como fica sua rotina?

3. Como está dividido seu tempo no que se refere ao seu trabalho (em casa e fora de casa, quando tiver) e às necessidades familiares?

4. Alguém lhe auxilia com as atividades domésticas?

5. Como você avalia os cuidados que vem tendo com seu(ua) filho(a) nos últimos 12 meses?

6. Quais são seus compromissos com sua família?

7. E os compromissos dos demais membros da família?

8. Quem é a pessoa que permanece com seu filho a maior parte do tempo?

9. Quem define para seu filho o que pode e o que não pode fazer? Quanto ao ir e vir, quem define o que pode e o que não pode?

10. Frente a dificuldades sérias ou que se repetiram em sua vida, as atividades que você costuma realizar com seu(ua) filho(a) ficaram diferentes ou se alteraram? Quais atividades ficaram diferentes? Como? Por quais dificuldades (incluindo a Depressão para díades *casos* e as adversidades referidas pelas díades *não casos*)? Em quais momentos?

11. E em relação a seu(ua) filho(a), ele(a) tem rotinas a seguir? Quais? Descreva um dia típico da semana de seu(ua) filho(a).

12. Costumam ser quebradas? Por quem? Por quais motivos?

13. Como os limites são colocados a seu(ua) filho(a)?

14. Como seu(ua) filho(a) reage frente ao que pode/é permitido e ao que não pode/é proibido?

15. Como ele(a) lida com as situações do dia-a-dia?

16. Como ele(a) manifesta os afetos/sentimentos no dia a dia (incluindo amor, felicidade, tristeza, medo e raiva)?

17. Em situações novas, como é a adaptação de seu(ua) filho(a)? Como ele(a) reage a elas?

18. Seu(ua) filho(a) pede ajuda frente a situações difíceis? De quem? Em que ocasiões?

19. Você percebe diferenças entre o jeito de ser, pensar e agir de seu(ua) filho(a) em relação a outras crianças, inclusive em relação a crianças da mesma idade dele(a)? Quais?

20. Do que você acha que seu(ua) filho(a) precisa?

21. Você consegue perceber quando seu(ua) filho(a) está precisando de ajuda? Como?

22. Em situações relacionadas a seu(ua) filho(a), você recorre a alguém quando precisa de ajuda ou opinião? A quem?

23. E nas situações em geral, você recorre a alguém ou pede opinião? A quem?

24. E, nos momentos de dificuldade, você pede ajuda ou opinião? A quem?

25. Você recebe ajuda? Qual? De quem?

26. Que situações fazem você se sentir contrariada/irritada? Como identifica/percebe tais situações?

27. Como reage a elas? O que acontece?

28. Quando as pessoas pensam diferente de você e/ou não fazem o que combinaram com você, como você reage?

29. E no caso de seu(ua) filho(a), quando ele(a) não obedece, como você reage?

30. O que você considera mais importante nos relacionamentos e interações? Como se sente frente às interações? (especificar com relação a quem e em quê situações – no lar, no trabalho, com amigos)

31. Como você se expressa seus sentimentos (incluindo amor, felicidade, tristeza, medo e raiva)?

32. As pessoas percebem seus sentimentos?

33. Se percebem, reconhecem de forma adequada? O que eles percebem coincide com o quê você está sentindo?

34. Você compartilha com as pessoas seus sentimentos? Quais pessoas? Que sentimentos?

35. Você consegue perceber quando as pessoas precisam de ajuda?

36. Consegue perceber o que as pessoas estão sentindo, se estão tendo problemas?

37. E na família, percebe quando estão satisfeitos, tristes, com raiva?

38. Em situações de discordância e conflito, como você se sente?

39. Quem você costuma responsabilizar pelos conflitos?

40. As pessoas são comunicadas ou informadas das suas decisões frente aos conflitos? Como?

41. E depois do conflito, como fica a situação?

42. Frente a situações novas ou difíceis (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*), quais são suas expectativas?

43. Ao que você costuma atribuir as dificuldades (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*) que lhe acontecem?

44. Alguma coisa lhe ajudou ou prejudicou a enfrentar as dificuldades (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*)?

45. O que mais lhe ajuda a enfrentar as situações difíceis (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*)?

46. Quando os problemas, dificuldades se repetem (incluindo a Depressão para díades *casos* e situações adversas referidas pelas díades *não casos*), como você faz?

47. Você pensa que pode reagir de outro modo? Exemplifique, conte uma situação.

48. Você ou sua família tem uma crença? De quais atividades religiosas vocês participam? Com quê frequência?

49. Você considera que os seus rendimentos (salário, ganhos, dinheiro que advém de seu trabalho) são suficientes para sua família? E os do chefe de sua família? E o total dos rendimentos (ganhos) de sua família?

50. Quanto a sua comunidade, você considera que tem uma vizinhança violenta, com problemas com a polícia?

51. Quais os serviços da comunidade (educacionais, religiosas, de saúde, de esporte e lazer, sócio assistenciais e comunitários) que podem ajudá-la ou à sua família?

52. Você tem algum plano diferente para seu trabalho (dentro ou fora de casa), sua família ou seu(ua) filho(a) em relação ao que é hoje?

ANEXOS

ANEXO A- Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

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

FMRP-USP
RIBEIRÃO PRETO

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.

Marcia Villanova

DR.ª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
FERNANDA AGUIAR PIZETA
PROFª. DRª. SONIA REGINA LOUREIRO
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Mães com 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	Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Loureiro
Psicóloga	Psicóloga e Orientadora
Telefone: 3911.6825	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-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Mães sem transtorno psiquiátrico

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

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

Pesquisador Responsável:

Fernanda Aguiar Pizeta – Psicóloga – CRP 06/69844

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

ESCLARECIMENTO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Coloco-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata,

Ribeirão Preto, 11 de outubro de 2011.

Fernanda Aguiar Pizeta	Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Loureiro
Psicóloga	Psicóloga e Orientadora
Telefone: 9723.9616	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- Questionário sobre a Saúde do Paciente-9

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE-9 72883
(Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que freqüência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	**Nenhuma vez**	**Vários dias**	**Mais da metade dos dias**	**Quase todos os dias**
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY

0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma dificuldade	**Alguma dificuldade**	**Muita dificuldade**	**Extrema dificuldade**
☐	☐	☐	☐

Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. EPI0905.PHQ9P

Declaro que as informações contidas neste questionário são verdadeiras.	Iniciais do/a paciente:	Data:

ANEXO E- 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
Videocassete 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/ Ginasial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginasial 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 F- Questionário de Capacidades e Dificuldades

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) Pa4-16

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança ..... Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	☐	☐	☐
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Frequentemente briga com outras crianças ou as amendronta	☐	☐	☐
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	☐	☐	☐
É gentil com crianças mais novas	☐	☐	☐
Frequentemente engana ou mente	☐	☐	☐
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	☐	☐	☐
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	☐	☐	☐
Pensa nas coisas antes de fazê-las	☐	☐	☐
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	☐	☐	☐
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	☐	☐	☐
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	☐	☐	☐

Voce tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

ANEXO G- Escala de Eventos Adversos

Nome: _____ Data: ____ / ____ / _____

Procedimento: O entrevistador diz à mãe que vai ler uma lista de situações que podem acontecer na vida das crianças, para que ela informe se alguma delas ocorreu com seu filho / sua filha. Em seguida, lê cada item do formulário e pede à mãe que diga se o evento ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente na vida da criança. Preencher cada item com X na coluna apropriada. Se o evento ocorreu tanto nos últimos 12 meses como anteriormente, marcar X nas duas colunas.

Acontecimentos	**Ocorreu nos últimos 12 meses**	**Ocorreu anterior-mente**	**Nunca ocorreu**
Entrada na escola (1º grau)			
Mudança de escola			
Repetência na escola			
Agressão do professor			
Mais de uma troca de professoras no mesmo ano			
Mudança de cidade			
Suspensão da escola			
Aumento da ausência do pai por oito horas ou mais por semana			
Aumento da ausência da mãe por oito horas ou mais por semana			
A mãe começou a trabalhar			
Perda do emprego do pai/mãe (especificar quem)			
Momentos difíceis do ponto de vista financeiro			
Nascimento de um irmão			
Hospitalização ou enfermidade séria da criança por duas semanas ou mais			
Hospitalização ou enfermidade grave de um dos pais por duas semanas ou mais			
Hospitalização ou enfermidade grave de um irmão/irmã da criança, por duas semanas ou mais			
Criança acidentada com seqüela (ex. perda de visão, colostomia)			
A criança adquiriu uma deformidade visível			
Acréscimo de um terceiro adulto na família			
Morte de um amigo da criança			
Morte de um avô/avó			
Morte de um irmão			
Morte do pai/mãe (especificar)			
O relacionamento com os amigos/colegas piorou			
Um irmão/irmã deixou definitivamente o lar, após conflitos			
Gravidez de uma irmã solteira			
Aumento de conflitos e brigas entre os pais			
Separação dos pais			
Mãe ou pai se casou de novo (especificar qual)			
Divórcio dos pais			
Um dos pais abandonou a família			
Consumo de álcool ou droga pelo pai/ da mãe			
Problema de saúde mental do pai/mãe			
Litígio entre os pais pela guarda da criança			
Litígio entre os pais por causa de pensão			
Problemas dos pais com a justiça ou a polícia?			
Outros eventos: quais?			

ANEXO H- Escala de Adversidade Crônica

Escala de Adversidades Crônicas

Nome: _____ Data: ____ / ____ / _____

CONDIÇÕES ADVERSAS PROLONGADAS OU RECORRENTES: DURAÇÃO DE UM ANO OU MAIS OU OCORRÊNCIA PREPETIDA DURANTE UM ANO OU MAIS.

Condição	**Duração em anos**	**Período da vida da criança**
Doença crônica da criança: qual?		
Procedimento médico invasivo: qual?		
Uso de prótese: qual?		
Uso de óculos		
Criança com visão subnormal		
Criança com audição subnormal		
Sinal de nascença visível: qual?		
Hospitalização recorrente da criança		
Temperamento (“gênio”) difícil do pai		
Temperamento (“gênio”) difícil da mãe		
Conflitos familiares recorrentes ou crônicos		
Conflitos conjugais recorrentes ou crônicos		
Distúrbio mental crônico do pai ou substituto		
Distúrbio mental crônico da mãe ou substituta		
Dependência de droga pelo pai ou substituto		
Dependência de droga pela mãe ou substituta		
Alcoolismo severo do pai ou substituto		
Alcoolismo severo da mãe ou substituta		
Outra – especificar		

ANEXO I- Inventário de Recursos do Ambiente Familiar

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
Verifica se o material escolar está em ordem	( )	( )	( )	( )
Avisa quando é hora de ir para a escola	( )	( )	( )	( )
Supervisiona a lição de casa	( )	( )	( )	( )
Supervisiona o estudo para as provas	( )	( )	( )	( )
Comparece às reuniões da escola	( )	( )	( )	( )
Acompanha as notas e freqüência às aulas	( )	( )	( )	( )

Pontuação de cada item: mãe e pai = 3; só a mãe = 2; só o pai = 2; outra pessoa = 1; mãe, pai e outras pessoa = 1; ninguém = 0

9. SEU FILHO TEM HORA CERTA PARA:

	Sempre	Às vezes	Nunca
Almoçar	( )	( )	( )
Tomar banho	( )	( )	( )
Brincar	( )	( )	( )
Ir dormir	( )	( )	( )
Levantar-se de manhã	( )	( )	( )
Jantar	( )	( )	( )
Fazer a lição de casa	( )	( )	( )
Assistir à TV	( )	( )	( )

Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0

10. SUA FAMÍLIA COSTUMA ESTAR REUNIDA:

	Sempre	Às vezes	Nunca
No café da manhã	( )	( )	( )
No almoço	( )	( )	( )
No jantar	( )	( )	( )
À noite, para assistir à TV	( )	( )	( )
E nos fins de semana			
Em casa	( )	( )	( )
Em passeios	( )	( )	( )

Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0