

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

Cuidados primários à Saúde Mental: depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar

ANA VILELA MENDES

Ribeirão Preto - SP

2008

ANA VILELA MENDES

Cuidados primários à Saúde Mental: depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar

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

Área de concentração: Saúde Mental

Orientadora: Prof.^a Dra. Sonia Regina Loureiro

Ribeirão Preto - SP

2008

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

Catálogo na Publicação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Mendes, Ana Vilela

Cuidados primários à Saúde Mental: depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar / Ana Vilela Mendes; orientador Sonia Regina Loureiro. – Ribeirão Preto, 2008.

160 f; il. ; 30 cm

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

1. Depressão materna. 2. Comportamento infantil. 3. Cuidados primários em Saúde. 4. Criança. 5. Saúde mental.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Vilela Mendes

Cuidados primários à Saúde Mental: depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.
Área de concentração: Saúde Mental
Orientadora: Prof.^a Dra. Sonia Regina Loureiro

Aprovada em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A todas as mulheres e crianças que participaram desta pesquisa,
mostrando-nos novos caminhos a trilhar...*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora **Prof.^a Dra. Sonia Regina Loureiro**, meu carinho e reconhecimento pelos ensinamentos profissionais e humanos que me dedicou, pela disponibilidade, compreensão e apoio decisivo para a minha formação profissional e concretização deste estudo. Obrigada pelo acolhimento, pela oportunidade e principalmente por ter acreditado em mim.

Aos meus colaboradores **Ana Cláudia, Ana Paula, Lucas e Cristiane**, pela valiosa contribuição na coleta de dados e agradável convivência.

À **Prof.^a Dra. Ana Maria Pimenta** e à **Prof.^a Dra. Edna Maria Marturano**, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação que muito me ajudaram para a melhoria deste trabalho.

Aos funcionários do **Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, em especial à **Ivana**, pela prontidão e disponibilidade que sempre me auxiliou.

À **equipe e todos os integrantes da Unidade Básica de Saúde George Chirré Jardim**, pelo suporte essencial para a realização desta pesquisa.

Ao **Geraldo Cássio dos Reis**, pela orientação quanto à análise estatística.

À **CAPES**, pela oportunidade proporcionada pela bolsa concedida.

Aos meus pais **Eduardo e Ana Lúcia**, pela incansável renúncia, esforço e incentivo para que eu pudesse realizar meus ideais. Amo vocês!

A **toda minha família**, cada um à sua maneira, pela força e presença nos momentos difíceis.

Ao **Ge**, por ter transformado minha vida, e por me fazer desejar ser uma pessoa melhor a cada dia.

Às minhas queridas amigas **Tatiana e Poliana**, parceiras nessa caminhada de dúvidas e descobertas, pelo afeto e carinho que sempre me acolheram em todos os momentos.

MENDES, A. V. **Cuidados Primários à Saúde Mental: Depressão Materna e Aspectos Comportamentais de Crianças em Idade Escolar.** 2008. 160 f. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.

Os transtornos mentais têm sido considerados problemas relevantes para a população mundial. Dentre estes, as síndromes depressivas, especialmente em mulheres/mães, tem sido reconhecidas como um problema de saúde pública, sendo associadas ao comprometimento do desenvolvimento infantil. Objetiva-se: caracterizar os indicadores comportamentais apresentados por crianças em idade escolar que convivem com mães com depressão, identificadas em um serviço de atenção primária, comparando tal perfil com o de crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica; e caracterizar e comparar o perfil demográfico e clínico apresentado pelas mulheres-mães. A identificação das mulheres foi feita quando procuraram ou foram encaminhadas para serviços médicos, não psiquiátricos, em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Uberaba-MG. Das 680 mulheres agendadas no período do estudo, 205 (30,1%) apresentavam o perfil definido para a inclusão: mulheres/ mães, não grávidas, com filhos biológicos em idade escolar, sem deficiências físicas e/ou sensoriais aparentes. De forma ativa todas foram convidadas a participarem do estudo, 185 aceitaram. A identificação das mães com indicadores de depressão foi realizada por meio do Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) e a confirmação diagnóstica realizada por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID). Foram excluídas do estudo oito mulheres que apresentavam diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos e/ou comorbidades orgânicas. Participaram do estudo 177 mães e respectivos filhos, de ambos os sexos, com idade entre seis e 12 anos. Procedeu-se com as mães a aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) relativo ao

comportamento das crianças. Os dados foram codificados segundo as recomendações técnicas e analisados por procedimentos estatísticos. As crianças, com base nas avaliações, foram distribuídas em dois grupos, a saber: Grupo 1 (G1): 60 crianças cujas mães apresentaram diagnóstico de depressão, e Grupo 2 (G2): 117 crianças cujas mães não apresentaram diagnóstico de depressão e de outros distúrbios psiquiátricos. Quanto aos indicadores de problemas comportamentais, em todas as subescalas do SDQ, o G1 apresentou maiores porcentagens de crianças com problemas quando comparadas ao G2. Verificou-se que a depressão materna por si só foi preditora de problemas comportamentais para as crianças de G1, visto que todas as variáveis demográficas relativas às mães e crianças não apresentaram diferenças significativas quando das comparações intra grupo. No G2, os problemas comportamentais foram mais relatados pelas mães de baixa escolaridade (72,7%). As crianças do G1 apresentaram 2,8 vezes mais de chance de terem problemas comportamentais quando comparadas às do G2. Das cinco subescalas do SDQ avaliadas, ao se comparar os grupos, apenas na escala de problemas de conduta observou-se valor com significância estatística, verificando-se que as crianças de G1 apresentaram 1,9 vezes mais de chances de problemas de conduta, quando comparadas ao G2. Constatou-se assim que a convivência com a depressão materna mostrou-se associada à presença de problemas comportamentais e problemas de conduta. Destaca-se a necessidade, no contexto de atenção primária à saúde, da implantação de protocolos de avaliação que visem à identificação precoce de indicadores de saúde mental infantil e materna como forma de instrumentar práticas preventivas.

Palavras-Chave: Depressão Materna, Comportamento Infantil, Cuidados Primários à Saúde, Criança, Saúde Mental.

MENDES, A. V. **Primary Mental Health Care: Maternal Depression and Behavioral Aspects of School-age Children.** 2008. 160 p. Mental Health Post Graduate Program, Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Mental disorders have been regarded as relevant problems for the world population. Among those, the depressive syndromes, especially in women/mothers, have been recognized as a public health problem, and are believed to be associated with impairment in child development. Objective: to characterize behavioral indicators presented by school-age children who live with mothers with depression identified in a primary care service, compare this profile to that of children living with mothers with no psychiatric history, and characterize and compare the demographic and clinical profiles of these women-mothers. The women were identified when they sought for or were referred to non-psychiatric medical services at a Basic Health Unit in the city of Uberaba-MG. Out of the 680 women patients scheduled in the period of the study, 205 (30.1%) presented the profile defined for inclusion: women/mothers, not pregnant, with biological children at school age, with no apparent physical and/or sensorial deficiencies. In an active manner, all of them were invited to participate in the study; 185 accepted. The identification of mothers with indicators of depression was performed by means of the Patient Health Questionnaire -9 (PHQ-9), and diagnostic confirmation was accomplished with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). Eight women who presented diagnoses of other psychiatric disorders and/or organic comorbidities were excluded from the study. A total of 177 mothers and their children of both sexes, aged between six and 12 years, took part in the study. The mothers responded to the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) relative to their children's behavior. The data were codified according to the technical recommendations and analyzed by statistical procedures. According to this

assessment, the children were assigned to two groups, namely, Group 1 (G1): 60 children whose mothers had a diagnosis of depression; and Group 2 (G2): 117 children whose mothers had no diagnosis of depression or other psychiatric disorders. In respect to indicators of behavioral problems, G1 had the highest percentages of children with problems in all SDQ subscales when compared to G2. Maternal depression by itself was predictive of behavioral problems for G1 children, since all demographic variables for mothers and children showed no significant differences in intra-group comparisons. In G2, behavioral problems were mostly reported by mothers with low education (72.7%). Children in G1 were 2.8 times more prone to have behavioral problems when compared to those in G2. Of the five SDQ subscales evaluated, statistically significant differences were only observed for the conduct problems subscale, indicating that the children in G1 were 1.9 times more prone to develop conduct problems than those in G2. According to our results, therefore, the coexistence with maternal depression was shown to be associated with the presence of behavioral and conduct problems. These data underscore the necessity, in the context of primary health care, of the deployment of evaluation protocols aimed at the early identification of infant and maternal mental health indicators as a means of enhancing preventive practices.

Key-Words: Maternal Depression, Child Behavior, Primary Health Care, Child, Mental Health.

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1</u>	64
Características demográficas das mães envolvidas no estudo	
<u>Tabela 2</u>	65
Características demográficas das crianças incluídas no estudo	
<u>Tabela 3</u>	66
Identificação de mulheres/mães com depressão por meio do PHQ-9 e SCID	
<u>Tabela 4</u>	67
Classificação da depressão materna quanto aos níveis de gravidade – PHQ-9	
<u>Tabela 5</u>	68
Comparação entre os grupos quanto às variáveis demográficas e clínicas das mães (N=177) e demográficas das crianças (N=177)	
<u>Tabela 6</u>	70
Distribuição dos itens do PHQ-9 em função do escore médio, desvio-padrão e porcentagem dos escores de 0 a 3 nas amostras de mães com depressão-G1(N=60), mães sem depressão - G2 (N=117) e na amostra total (N=177)	
<u>Tabela 7</u>	71
Comparação entre os grupos quanto às escalas do SDQ e escore total	
<u>Tabela 8</u>	73
Classificação do escore total do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão (G1)	

Tabela 9**74**

Classificação do escore total do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos (G2)

Tabela 10**75**

Classificação da Escala de Problemas de Conduta do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão (G1)

Tabela 11**76**

Classificação da Escala de Problemas de Conduta do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos (G2)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1

53

Percurso amostral

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A | _____ **117**

Questionário complementar

Apêndice B | _____ **119**

Treinamento dos colaboradores e estudo piloto

Apêndice C | _____ **120**

Tabela 12 – Distribuição das frequências dos escores totais do PHQ-9 nos grupos G1 e G2

Apêndice D | _____ **121**

Tabela 13 – Distribuição dos itens do SDQ em função do escore médio, desvio-padrão e porcentagem dos escores na amostra total

Apêndice E | _____ **123**

Tabela 14 – Distribuição dos itens do SDQ em função do escore médio, desvio-padrão e porcentagem dos escores no G2

Apêndice F | _____ **125**

Tabela 15 – Distribuição dos itens do SDQ em função do escore médio, desvio-padrão e porcentagem dos escores no G1

LISTA DE ANEXOS

<u>Anexo A</u>	128
Autorização para realização da pesquisa na Unidade Básica de Saúde	
<u>Anexo B</u>	129
Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)	
<u>Anexo C</u>	130
Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (SDQ)	
<u>Anexo D</u>	132
Documento de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Uberaba-MG	
<u>Anexo E</u>	133
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
<u>Anexo F</u>	135
Artigo Científico aceito para publicação – Revista de Psiquiatria Clínica	

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Vulnerabilidade, proteção e o desenvolvimento infantil no período escolar: aspectos conceituais sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento	20
1.2. Depressão materna como condição de vulnerabilidade ao desenvolvimento infantil	25
1.3. Depressão materna e problemas comportamentais de crianças em idade escolar	29
1.4. O impacto da depressão materna e a associação a outras variáveis ambientais e clínicas	33
1.5. Cuidados de saúde mental a mães com depressão e a seus filhos	38
1.6. Cuidados de saúde mental em serviços de atenção primária	40
2. OBJETIVOS	47
3. MÉTODO	49
3.1. Participantes	50
3.2. Processo de seleção dos participantes	50
3.2.1. Caracterização da situação	50
3.2.2. Seleção dos participantes	52
3.3. Instrumentos	55
3.3.1. PHQ-9 - Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (<i>Patient Health Questionnaire</i>)	55
3.3.2. Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-I / Versão Clínica)	56
3.3.3. Questionário complementar	56
3.3.4. SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança	57
3.4. Procedimento	57
3.4.1. Estudo-piloto	57
3.4.2. Coleta dos dados	58

3.4.3. Tratamento dos dados	59
3.4.3.1. Codificação dos instrumentos	60
3.4.3.1.1. PHQ-9 - Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9	60
3.4.3.1.2. SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança	60
3.4.3.1.3. Questionário complementar	61
3.4.3.2. Análise estatística dos dados	61
3.5. Aspectos éticos	62
4. RESULTADOS	63
4.1. Perfil demográfico	64
4.1.1. Mulheres/mães	64
4.1.2. Crianças	65
4.2. Perfil clínico – Mulheres/mães	66
4.3. Comparação entre grupos	67
5. DISCUSSÃO	78
5.1. A identificação da depressão em mulheres/mães atendidas em serviços primários à saúde	79
5.2. A identificação de dificuldades comportamentais em crianças que convivem com a depressão materna	87
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
APÊNDICES	116
ANEXOS	127

1. INTRODUÇÃO

1.1. Vulnerabilidade, proteção e o desenvolvimento infantil no período escolar: aspectos conceituais sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento

A infância constitui um período primordial do desenvolvimento humano no qual ocorrem inúmeras aquisições. É o período onde as interações favorecem condições e direções para o desenvolvimento futuro, permitindo a inserção da criança em contextos diversos e possibilitando trocas de experiências que fornecem elementos para a constituição de suas concepções relativas às suas capacidades, habilidades e posicionamentos frente à vida (POLETTTO et al., 2004).

O desenvolvimento infantil é influenciado pelo interjogo contínuo entre variáveis internas e externas, passadas e presentes, envolvendo uma contínua necessidade de adaptação diante das demandas da realidade. Segundo Miller (1996) e Rutter (1987), o curso do desenvolvimento é marcado por períodos sensíveis, caracterizados por experiências positivas e negativas, que podem ter diferentes repercussões, dependendo das circunstâncias de vida e das características de cada indivíduo, do suporte e dos riscos acumulados pela criança até aquele momento.

Para as crianças no período escolar, que compreende a faixa etária dos seis aos 12 anos, as experiências acadêmicas e de socialização se configuram como demandas importantes para o desenvolvimento. O ingresso da criança na escola, segundo Lindahl (1988), é considerado socialmente decisivo para o desenvolvimento das crianças por ser a fase onde a criança busca um reconhecimento social através da sua capacidade de se preparar para produzir no mundo adulto. Segundo a referida autora, as crianças, neste período, estão voltadas para os relacionamentos sociais e para o ajustamento ao ambiente escolar, buscando a adesão às regras da

sociedade no que diz respeito ao comportamento moral e a conduta pró-social pautando, assim, o seu senso de competência.

Nesse período, para as crianças, as tarefas de socialização e o desempenho acadêmico podem ser vistos como importantes indicadores dos recursos de adaptação às demandas específicas da idade escolar, constituindo, assim, um critério de competência que, quando não atendido, se relaciona às dificuldades adaptativas ou intensificação de problemas pré-existentes. Tal perspectiva é fundamentada nas proposições de Erikson (1976) que situou o período escolar como tendo a crise evolutiva típica àquela relacionada ao desafio da produtividade como elemento decisivo para o desenvolvimento. O referido autor destaca que, na medida em que a criança não se reconhece competente para a produtividade, pode desenvolver um sentimento de inferioridade, procurando evitar as tarefas e a escola, o que favorece vivências de inferioridade.

De modo semelhante, Mrazek e Haggerty (1994) destacam que o bom desempenho nas tarefas relativas à produtividade para as crianças no período escolar contribuem para formação de uma auto-imagem positiva, uma vez que a criança pode perceber-se capaz de enfrentar os desafios típicos desta fase, enquanto tarefa de desenvolvimento esperada para o período. Porém, quando a resolução não é satisfatória, isto pode significar condição de risco ao desenvolvimento da criança, resultando em manifestações de dificuldades psicossociais.

Considerando as demandas próprias do desenvolvimento infantil, tem-se um crescente interesse pelos fatores que podem contribuir ou dificultar tal processo, configurando mecanismos de risco ou de proteção ao desenvolvimento.

Yunes e Szymanski (2001) conceituaram fatores de risco como eventos que dificultam o desenvolvimento, favorecendo o aparecimento de problemas físicos, emocionais e sociais. Tais eventos não podem ser considerados de forma isolada, pois há uma série de outras variáveis, internas e externas, que influenciam no impacto do evento para a criança. Entre outros aspectos, esse impacto dependerá da forma como a criança percebe o evento, de suas experiências anteriores e das condições do ambiente em que ela está inserida já que os riscos também mudam de acordo com as circunstâncias na vida do indivíduo, podendo mudar de momento para momento. Crianças que estão verdadeiramente em grande risco, geralmente estão expostas a múltiplas adversidades durante muito tempo e algumas vezes por longos períodos de suas vidas (MASTEN; WRIGHT, 2006). Desse modo, a exposição a fatores de risco pode se configurar como uma condição de vulnerabilidade ao desenvolvimento.

De acordo com Hutz et al. (1996), todos aqueles elementos que potencializam situações de risco ou impossibilitam que os indivíduos respondam de forma satisfatória ao estresse podem remeter à vulnerabilidade. Consideram como vulnerabilidades individuais as predisposições genéticas, os traços de personalidade, a depressão e a baixa auto-estima, e como vulnerabilidades associadas a fatores externos os ambientes adversos, a falta de apoio familiar e as práticas educativas ineficazes. Sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, ao se avaliar o desenvolvimento de competência e adaptação de uma criança, faz-se necessário considerar o acúmulo de riscos ambientais a que ela está exposta e não apenas um fator isolado (SAMEROFF; FIESE, 2005).

Em contraposição às condições de vulnerabilidade, situam-se os fatores de proteção os quais podem ser identificados e ativados frente às situações de risco,

tendo a função de modificar a resposta do indivíduo frente às situações adversas. Enquanto a vulnerabilidade coloca em risco a adaptação do indivíduo, os fatores de proteção contribuem para que a pessoa responda de forma adaptada à adversidade.

As pessoas enfrentam as adversidades de modos diversos, pois cada indivíduo possui um conjunto próprio de características e experiências que resultam em uma variedade de respostas e interpretações dadas às situações adversas. Segundo Miller (1996), compreender a maneira como as crianças lidam com as tarefas do desenvolvimento presentes ao longo da vida implica em identificar como elas fazem uso dos recursos de proteção, considerando as diferenças individuais que marcam o dinamismo e a maleabilidade diante das demandas da realidade.

Eckenrode e Gorre (1996) classificam os fatores de proteção em dois grupos, os pessoais e os ambientais. Os fatores pessoais se evidenciam pelas condições biológicas, expressas pela saúde física e temperamento, e se relacionam às experiências com o ambiente social, através da auto-estima e das relações de confiança. Os fatores ambientais se evidenciam pelo apoio social oferecido pela comunidade, pela afetividade disponibilizada pela família, pelos amigos e pessoas significativas e pelos recursos do ambiente familiar (POLETTTO et al., 2004).

Segundo Dell'aglio (2000), as condições do ambiente familiar e da rede de apoio social são fundamentais para a adaptação das crianças e adolescentes às situações adversas ao proporcionarem, do ponto de vista do desenvolvimento, um efeito positivo, na medida em que possibilitam a participação em múltiplos ambientes e abrem novas possibilidades de contato e amizades.

Destaca-se que, mesmo na ausência de fatores de proteção, algumas crianças conseguem se adaptar e se desenvolver de forma adequada frente a situações adversas. Tal processo é denominado de resiliência, chamando atenção

para o potencial de recuperação e superação das dificuldades (POLETTTO et al., 2004). Segundo De Antoni e Koller (2000, p.43), *“se, diante de eventos de risco, um indivíduo desencadeia uma doença, pode ser identificado como vulnerável, porém se consegue dominar a situação através de um comportamento adaptativo positivo, é resiliente.”*

Laucht et al. (2002) desenvolveram um estudo prospectivo longitudinal comparando crianças expostas a fatores de risco biológicos (complicações obstétricas) e crianças expostas a fatores de risco psicossociais (ambiente familiar desfavorável – pais portadores de doença mental, com problemas conjugais e dificuldades crônicas) desde o nascimento até a idade escolar. Observaram que muitas crianças expostas a potentes fatores de risco desenvolveram sérios problemas e persistentes desordens, porém algumas não apresentaram resultado negativo e, surpreendentemente, apresentaram um desenvolvimento favorável. Detectaram ainda que o impacto dos fatores de risco precoces variou em função da qualidade das interações mãe-filho, concluindo que um bom relacionamento precoce entre mãe-filho mostrou ser a base para o desenvolvimento da resiliência. Ressaltaram que, quando esse relacionamento é marcado por distúrbios e desentendimentos, as condições de vulnerabilidade ao desenvolvimento infantil são aumentadas.

Com sentido semelhante, Hawley e Dehaan (1996) salientaram que as condições do ambiente familiar agem não somente como fator de proteção, mas também como fator de risco ao desenvolvimento. Tais proposições evidenciam que as condições de risco e proteção estão associadas a condições multifatoriais e específicas ao organismo e ao contexto, o que chama a atenção para os diferentes papéis que tais condições podem exercer sobre o desenvolvimento (OLIVEIRA, 1998).

Yunes e Szymanski (2001) destacaram a necessidade de uma análise criteriosa dos processos ou mecanismos de risco e proteção como condição imprescindível para que se possa ter a dimensão da diversidade de respostas que podem ocorrer frente às diversidades, sobretudo quando se trata de riscos psicossociais ou riscos socioculturais, o que permitirá a identificação precoce de recursos e dificuldades, instrumentalizando práticas de saúde mental.

1.2. Depressão materna como condição de vulnerabilidade ao desenvolvimento infantil

Dentre os riscos ambientais reconhecidos para o desenvolvimento da criança, destaca-se a psicopatologia dos pais, em especial a depressão materna. Segundo Oliveira (1998), a depressão materna constitui-se em um fator de risco relacionado ao ambiente familiar que pode influenciar negativamente o desenvolvimento das crianças.

Goodman e Gotlib (1999) apontam quatro mecanismos importantes para a compreensão da transmissão da psicopatologia na criança: a hereditariedade, a disfunção de mecanismos neuroreguladores, os comportamentos e afetos negativos da mãe e condições do ambiente estressante onde a criança vive. Cada um desses mecanismos potenciais altera o clima afetivo familiar e as demandas exigidas das crianças. Os referidos autores chamam a atenção para o impacto das condições de saúde mental dos pais, em especial a depressão materna, para o desenvolvimento infantil.

Com base em uma revisão da literatura, Garber e Little (1999) relataram que as crianças filhas de pais com depressão têm sido consideradas como mais propensas a desenvolverem doenças psiquiátricas com níveis mais altos de sintomas tanto

internalizantes como externalizantes, apresentando maiores déficits em competência social e acadêmica e níveis mais altos de prejuízo funcional e de busca por tratamento para problemas psiquiátricos, quando comparadas com crianças filhas de pais sem história psiquiátrica. Isto é, apresentam riscos maiores para uma variedade de sintomas comportamentais, cognitivos e emocionais, com dificuldades diversas no funcionamento adaptativo. Com base em dados de meta-análise, Silk et al. (2006) afirmaram que 61% das crianças filhas de pais com transtornos mentais poderão desenvolver uma ou mais desordem psiquiátrica ao longo da vida.

Em geral, os estudos de prevalência têm mostrado que 40 a 45% das crianças que convivem com a depressão materna apresentam indicadores diagnósticos de, pelo menos, um transtorno psiquiátrico, o que corresponde a uma taxa três ou quatro vezes maior do que a apresentada por crianças filhas de mães sem história psiquiátrica (CUMMINGS; DAVIES, 1999; ELGAR et al., 2004).

Considerando que a depressão é um distúrbio psiquiátrico geralmente recorrente, a presença da depressão materna pode afetar e dificultar a interação da mãe com seu filho, favorecendo a emergência de efeitos negativos para as crianças. Gross (1994) relata que os distúrbios psiquiátricos crônicos e agudos prejudicam a habilidade da mãe para responder às necessidades de seus filhos. As mães depressivas têm sido apontadas como menos responsivas aos estados emocionais e ao afeto de seus filhos por expressarem mais raiva e tristeza do que um afeto positivo, quando comparadas às mães não depressivas (GOODMAN; GOTLIB, 1999; SILK et al., 2006).

Ao avaliarem questões relativas à competência social em escolares, Essex et al. (2006) verificaram maior prejuízo quando há presença da depressão materna. Ressaltaram que a mãe com depressão tem poucos recursos de competência social,

não tendo condições de ensinar ou incentivar seus filhos quanto ao contato social. Além disso, a exposição crônica ao estresse e conflitos pode sensibilizar os sistemas de estimulação das crianças, comprometendo o seu senso de segurança emocional, o que é fundamental para um bom desempenho nas tarefas de socialização características da etapa escolar (SILK et al., 2006).

Baseando-se no fato de que as crianças são afetadas adversamente pela depressão materna e os efeitos negativos podem aparecer em idades variadas, desde a infância até a adolescência, variáveis demográficas como a idade e sexo das crianças devem ser considerados ao se avaliar os aspectos relativos à saúde mental infantil.

Ao avaliarem famílias em alto e baixo risco para depressão, Weissman et al. (2005) verificaram que os transtornos psiquiátricos das crianças que convivem com a depressão materna tiveram apresentação diversa, na dependência da idade da criança. Na idade escolar, foram mais comuns os problemas de comportamento e os transtornos de ansiedade enquanto que na adolescência e fase adulta foram os transtornos depressivos e o abuso de substâncias.

Da mesma forma, Boyle e Pickles (1997) avaliaram o comportamento de crianças filhas de mães depressivas em diferentes faixas etárias, considerando o relato materno. Na faixa etária de cinco a doze anos, encontraram associação significativa entre a depressão materna e hiperatividade. Na faixa etária de 12 a 16 anos, a depressão materna associou-se significativamente com desordens de conduta. Relataram que houve uma mudança no perfil comportamental das crianças, de acordo com a faixa etária, e que os efeitos da depressão materna foram mais proeminentes na infância. Embora a depressão materna tenha exercido um impacto negativo em todas as idades avaliadas, ressaltaram que quanto mais idade a criança

tem, por ocasião da exposição, mais recurso possui para enfrentar as adversidades associadas à depressão materna, enquanto que as crianças mais novas estão mais vulneráveis, pois ainda não desenvolveram recursos de enfrentamento suficientes.

Neste aspecto, outro ponto a ser considerado diz respeito ao impacto da depressão materna na fase adulta dos filhos. Ensminger et al. (2003) com base em um estudo retrospectivo, avaliaram adultos, de ambos os sexos, que, durante a infância e adolescência, conviveram com a depressão materna. Verificaram que a convivência com a depressão materna, ao longo da vida, exerceu um impacto negativo na fase adulta, favorecendo a presença de depressão em mulheres e menores índices de realização profissional em homens, tendo tais prejuízos acentuados na presença de variáveis como pobreza, baixo grau de instrução da mãe e alta mobilidade residencial durante a infância e a adolescência.

Em relação à distinção de gênero, destaca-se o estudo de Najman (2001) que relatou que, quanto mais sintomas de ansiedade e depressão a mãe apresenta, mais problemas comportamentais internalizantes e externalizantes são descritos com relação a seus filhos, predominando os sintomas internalizantes para as meninas e os sintomas externalizantes para os meninos. Ressalta que provavelmente os meninos e meninas são vulneráveis de maneiras diferentes aos estilos de interação associados com a depressão materna.

Constata-se, com base em estudos diversos, que as crianças que convivem com a depressão materna em comparação a crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica apresentam prejuízos nos domínios cognitivo, social e emocional, principalmente na idade escolar, onde se evidenciam problemas no desempenho acadêmico, baixa auto-estima, problemas de relacionamento com os

colegas e baixa competência social (LEECH et al., 2006; MURRAY et al., 2006; JOORMANN et al., 2007 e ARSENIO et al., 2004).

1.3. Depressão materna e problemas comportamentais de crianças em idade escolar

No período escolar, as principais tarefas de desenvolvimento envolvem a socialização e o desempenho acadêmico. Analisar-se-á a seguir estudos que abordaram o impacto da depressão para tais tarefas de desenvolvimento, em especial os que trataram dos aspectos comportamentais.

Os problemas comportamentais, segundo Hinshaw (1992), são as dificuldades adaptativas mais prevalentes na idade escolar e podem ser classificados em duas categorias amplas: comportamentos externalizantes, que geram conflitos com o ambiente e geralmente são marcados por características de desafio, impulsividade, agressão, hiperatividade e ajustamento pobre; e os comportamentos internalizantes, relacionados a distúrbios pessoais, como ansiedade, retraimento, depressão e sentimento de inferioridade.

Estudos recentes têm dado maior ênfase aos problemas de comportamento externalizantes em crianças na etapa escolar (FERRIOLI, 2006). Tal tipo de comportamento caracteriza as manifestações mais comuns e persistentes deste período, apresentando curso e prognóstico pouco favoráveis, sendo ainda o precursor de muitas dificuldades relativas à produtividade na realização das tarefas de socialização e de desempenho acadêmico (HINSHAW, 1992; BUCHANAN; FLOURI, 2001). Crianças com problemas de comportamento externalizantes são consideradas de risco para dificuldades como falhas acadêmicas, rejeição pelos

companheiros, conflitos com a família e com o professor e uma série de manifestações não adaptativas, sendo tais prejuízos potencializados na presença da depressão materna (ACKERMAN et al., 1999; OLSON et al., 2000; JOHNSTON E MASH, 2001).

Ao examinarem a associação entre depressão materna e problemas de comportamento de crianças, Malcarne et al. (2000) e Najman (2001) verificaram que os filhos de mães depressivas apresentaram graus significativamente mais altos de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes em comparação a crianças filhas de mães sem depressão. Destacaram assim que há uma maior probabilidade das crianças filhas de mães depressivas apresentarem problemas de comportamento, altas taxas de desordens de conduta, atenção, ansiedade e uso de substâncias.

Mian (2005), em estudo desenvolvido no Brasil, comparou o perfil comportamental, as autopercepções e os eventos de vida experimentados por escolares que convivem com a depressão materna ao de crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica, tendo como fonte de informações as percepções das mães e das crianças. Constatou que as mães com história de depressão relataram mais problemas comportamentais para seus filhos e que as crianças que convivem com a depressão materna relataram um autoconceito mais negativo, na área relacionada ao comportamento, quando comparadas às crianças que convivem com mães sem história de depressão, mostrando semelhança de percepção quanto às dificuldades.

Em um estudo realizado com mães identificadas em serviços de cuidado primário, Weissman e Feder (2004) compararam o grupo de mães com diagnóstico de Depressão Maior com o de mães sem história psiquiátrica, em relação ao

comportamento de seus filhos e a presença de conflitos no ambiente familiar. Verificaram que as mães depressivas relataram significativamente mais problemas comportamentais em seus filhos, além de experimentarem mais conflitos e discórdia na interação com estes. Destacaram que a dificuldade de interação entre a mãe depressiva e a criança foi expressa principalmente pelo relacionamento conflituoso.

Problemas comportamentais têm sido também associados ao prejuízo no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional em crianças filhas de mães com depressão (KOVACS, 2004). Neste contexto, Silk et al. (2006) avaliaram as estratégias de regulação emocional usadas por crianças filhas de mães com depressão em comparação a crianças filhas de mães que nunca tiveram este diagnóstico. Filhos de mães com depressão, independente do sexo, demonstraram maior utilização de estilos passivos de regulação emocional como a espera passiva ou foco na fonte de estresse, além de apresentarem dificuldades em distrair a sua atenção de um estímulo estressante, com habilidades menos flexíveis para mudar o foco de atenção. Ao analisar os dados, os referidos autores ressaltaram que a depressão materna afeta a família, podendo trazer, como conseqüência, a insegurança emocional da criança, que acaba por apresentar dificuldade de regular suas próprias emoções. Ressaltaram que esta dificuldade é maior entre os escolares, pois é o período do aumento da aquisição de habilidades para regulação emocional, o que é fundamental ao desenvolvimento adaptativo da criança.

Outro aspecto a ser considerado como uma dimensão do ajustamento psicológico, que é inversamente correlacionada a problemas comportamentais e emocionais, diz respeito ao comportamento pró-social, definido por Hay e Pawlby (2003) como um comportamento cooperativo onde se verificam as habilidades das crianças em responderem positivamente às necessidades dos outros. Os referidos

autores, ao avaliarem este tipo de comportamento em escolares que conviveram com a depressão materna ao longo da vida, concluíram que, aos quatro anos de idade, não ocorreu associação entre depressão materna e habilidades cooperativas das crianças de ambos os sexos. Aos onze anos, ao contrário, observaram uma variação de resultado de acordo com o informante utilizado, a saber: as mães com depressão relataram menos habilidades pró-sociais em seus filhos, enquanto tais crianças relataram ter mais habilidades cooperativas, quando comparadas às crianças que não conviveram com a depressão materna.

Ao se avaliar a influência da depressão materna na saúde mental infantil, vale ressaltar um aspecto metodológico importante, relativo às mães como informantes sobre o comportamento de seus filhos. Ressalta-se que a relação entre a depressão materna e o relato materno a respeito de problemas nos filhos tem sido objeto de pesquisas com dados conflitantes. Enquanto alguns estudos sugerem que a depressão materna não interfere nas informações relatadas pelas mães a respeito de problemas comportamentais nas crianças, outros sugerem que há distorção no relato das mães com depressão que tendem a relatar mais problemas em seus filhos (NAJMAN et al., 2001; YOUNGSTROM et al., 2000).

O aspecto metodológico referente à mãe com depressão enquanto informante coloca em foco a questão da presença da sintomatologia depressiva no momento da coleta de dados. Luoma et al. (2001), ao examinarem a associação entre sintomas depressivos maternos em diferentes estágios e o nível de funcionamento psicossocial e problemas comportamentais nas crianças, verificaram que as mães sintomáticas relataram mais problemas de comportamento e baixa competência em seus filhos do que as mães não sintomáticas. Boyle e Pickles (1997) concluíram que, apesar da evidência de associação entre depressão materna e erros de relato quanto ao

comportamento das crianças, há uma forte associação entre depressão materna e problemas de comportamento nas crianças. Relataram que as mães depressivas têm crianças com mais problemas de comportamento, assim como uma percepção menos acurada do comportamento de seus filhos. Tal constatação, de que a depressão materna pode influenciar a percepção da mãe sobre os problemas das crianças, coloca em foco a necessidade da utilização de múltiplas fontes ao se avaliar variáveis complexas como as envolvidas na questão da saúde mental infantil.

Com base em uma análise sistemática da literatura sobre o impacto da depressão materna para a saúde mental dos filhos na idade escolar, Mendes et al. (2008) concluíram que a depressão materna favorece a presença de problemas comportamentais, de psicopatologia, de rebaixamento cognitivo, prejuízo no auto-conceito, no desempenho social e na regulação emocional das crianças em idade escolar, independente do momento de primeira exposição à depressão materna e dos delineamentos adotados (longitudinais ou transversais), constatando que a depressão materna configura-se assim como uma condição de risco ao desenvolvimento infantil.

1.4. O Impacto da depressão materna e a associação a outras variáveis ambientais e clínicas

A análise da literatura, tendo por fonte estudos de revisão, aponta que a depressão materna afeta a família, favorecendo conflitos e manifestações de raiva que, por sua vez, favorecem a insegurança emocional da criança, podendo assim influenciar no controle e expressividade de suas emoções. A mãe também pode se mostrar mais negligente com relação à rotina diária da família, e pode não fornecer

apoio e manifestações afetivas suficientes aos filhos. Dessa forma, tais crianças filhas de mães deprimidas estão sujeitas a uma maior vulnerabilidade também por estarem expostas a ambientes desorganizados ou com pouca responsividade, sem uma base segura para promover o seu desenvolvimento (CUMMINGS, 1995).

Fatores externos como a organização do ambiente familiar, o nível sócio-econômico e a rede de suporte social oferecida à mãe e à família são destacados como importantes indicadores de recursos ou de dificuldades. Estes fatores podem funcionar como mecanismo de risco ou proteção frente à situação de depressão materna, dependendo da maneira pela qual estes se fazem presentes, podendo potencializar os recursos ou as dificuldades presentes no ambiente familiar (HERWIG et al., 2004; MAKRI-BOTSARI; MAKRI, 2003; MCCARTY; MCMAHON, 2003; MURRAY et al., 2006)

Sendo a mãe a figura de apego e suporte mais importante para a criança (GROSS, 1994), as crianças filhas de mães deprimidas estão sujeitas a riscos também por estarem expostas a ambientes desorganizados, hostis ou com pouca responsividade. Além disso, quase sempre a mãe se afasta da rotina diária da família, faltando suporte adequado à criança, apoio e manifestações afetivas suficientes para o desenvolvimento pleno das capacidades e habilidades esperadas das crianças em diversos domínios (GOODMAN; GOTLIB, 1999).

A convivência da criança com a depressão materna tem sido relacionada a prejuízos nas interações afetivas entre mães e crianças, destacando-se a influência da duração da depressão, do curso dos sintomas e do número de episódios depressivos como condições diferenciais. Uma diversidade de estressores e condições clínicas como a gravidade, presença de comorbidades e a cronicidade da

sintomatologia apresentada pelas mães parecem potencializar os efeitos negativos da depressão sobre o desenvolvimento infantil.

O impacto da cronicidade e gravidade da depressão materna para crianças que convivem com tal condição foi relatado por Hammen e Brennan (2003) que concluíram que a gravidade da depressão materna contribui mais para a presença de problemas psiquiátricos nas crianças que a cronicidade do quadro. Pilowsky et al. (2006), por outro lado, apontaram que tanto a gravidade como a cronicidade da depressão materna aumentam o risco de transtornos psiquiátricos para as crianças.

Outro aspecto clínico discutido diz respeito à presença de comorbidades, tanto para as mães como para as crianças, como efeito potencializador de problemas psiquiátricos. Kim-Cohen et al. (2006) compararam a saúde mental e os cuidados ambientais oferecidos a crianças filhas de mães com depressão com e sem transtorno de personalidade anti-social. Verificaram que as mães com depressão e outras comorbidades tinham características clínicas distintas como o surgimento precoce da depressão, os sintomas mais persistentes e crônicos, o risco de suicídio mais elevado e menor resposta ao tratamento. Observaram assim, em concordância ao estudo de Leech et al. (2006), que a depressão materna associada a comorbidades configurou-se como uma condição de risco aumentada para o desenvolvimento de psicopatologia e problemas comportamentais das crianças, potencializando os prejuízos.

Pilowsky et al. (2006), ao verificarem a prevalência de desordens psiquiátricas em crianças no período escolar, filhas de mães com depressão, constataram que 34% das crianças apresentaram indicadores de desordem psiquiátrica atual, estando a depressão infantil presente em 10% desta amostra. Dentre as crianças com diagnóstico de depressão, 50% apresentaram como

comorbidade transtorno de ansiedade, enquanto 31% também apresentaram problemas de conduta. Os autores observaram que filhos de mães com depressão, com histórico de tentativa de suicídio e com comorbidades, em especial pânico e agorafobia, tiveram o risco para transtornos mentais aumentado em até três vezes.

Neste sentido, Elgar et al. (2004) fazem uma importante observação ao detectar que enquanto dados estatísticos mostram associações significativas entre sintomas depressivos das mães e problemas de ajustamento em suas crianças, estas correlações variaram de acordo com a população estudada, as medidas usadas, e o método da avaliação. Contrastando alguns estudos, encontraram taxas mais elevadas dos sintomas em populações de baixa renda, demonstrando que o tipo da população estudada pode favorecer a identificação de uma maior relação entre sintomas maternos e da criança. Mowbray et al. (2005), por exemplo, ao avaliarem a associação da depressão materna a problemas de comportamento com base no relato das mães, afirmaram que os resultados podem ser generalizados apenas para amostras de alto risco e de baixo nível econômico alertando para a importância de se controlar as variáveis demográficas em estudos com diversidades culturais e socioeconômicas.

O impacto da depressão materna tem sido considerado maior quando associado a elevado risco econômico, sendo as crianças que convivem com tal situação mais propensas a exibirem sintomatologia depressiva e problemas de comportamento do que crianças que enfrentam baixo risco econômico (GRAHAM; EASTERBROOKS, 2000). Também têm sido relatadas associações positivas entre disfunção familiar, humor deprimido materno e desordens de oposição desafiante e desordem de ansiedade em crianças (BOYLE; PICKLES, 1998).

Neste cenário, outro ponto a ser considerado é as conseqüências econômicas da depressão materna para a família. Weissman e Jensen (2002) verificaram que um histórico de depressão materna aumenta o risco das crianças desenvolverem problemas médicos gerais, assim como mais hospitalizações, maior uso de medicamentos, aumentando assim o custo familiar, com conseqüente instabilidade financeira para a família.

Com base no estudo do suporte social oferecido por mães com transtorno de humor a seus filhos adolescentes, Ruzzi-Pereira (2007) constatou que as famílias que conviviam com tal condição estavam menos satisfeitas com o suporte recebido.

A influência de fatores familiares no surgimento de sintomas psiquiátricos nas crianças também foi observada por Mrazek e Haggerty (1994) na análise apresentada com base em revisão bibliográfica. Os autores destacaram que a discórdia conjugal, a desvantagem socioeconômica e o transtorno mental da mãe foram preditores de problemas externalizantes como hiperatividade, déficit de atenção e problemas de conduta das crianças.

Em concordância com os achados de Egeland et al. (1990), Denham et al. (2000) ressaltaram que o contexto familiar desempenha um importante papel no desenvolvimento da criança principalmente por representar o mais poderoso agente primário de socialização, contribuindo assim para a adaptação ou para a persistência dos problemas de comportamento na fase escolar.

Dada a relevância da convivência com a depressão materna para o ambiente de desenvolvimento das crianças, colocam-se como questões a magnitude de tal problema e como ele pode ser precocemente identificado.

1.5. Cuidados de saúde mental a mães com depressão e a seus filhos

Considerando-se que cerca de 25% da população padecem de algum transtorno mental, numa prevalência de 13 a 22,5% para crianças e adolescentes (OMS, 2001), é alarmante o resultado das pesquisas realizadas por Mcgrath et al. (1990) e Swartz et al. (2005). Estes autores afirmam que menos da metade de todas as mulheres e crianças que mostram sinais de depressão recebem o tratamento especializado, sendo que a maioria dos casos que têm o contato com profissionais da saúde são mal diagnosticadas e mal monitoradas.

Swartz et al. (2005) relataram que uma grande proporção de mães com depressão não está recebendo tratamento especializado, tendo por base os indicadores de transtornos psiquiátricos identificados em mães que levaram seus filhos para atendimento em uma clínica de saúde mental infantil. Verificaram nesta amostra que 79% de mães preenchem critérios para, pelo menos, um transtorno psiquiátrico ao longo da vida, e 61% apresentaram diagnóstico de depressão maior atual. Dentre todas as mães com depressão avaliadas, apenas 33% recebiam algum tipo de tratamento. Taxas semelhantes foram também relatadas por Rishel et al. (2006) em uma amostra de mães identificadas quando da procura de ajuda para os problemas das crianças, verificando a presença de 64% de mães com transtornos mentais, sendo 34% com depressão maior e apenas um terço em tratamento.

Weissman et al. (2004) estudaram uma amostra de mães, predominantemente de baixo status sócio-econômico, pertencente às minorias populacionais e que freqüentam serviços de cuidado primário, tendo identificado uma taxa de depressão de 25%. Outras desordens psiquiátricas corresponderam a 19% e 56% da amostra não apresentaram nenhuma desordem psiquiátrica. Relataram que as mães depressivas, em comparação às mães com outras

desordens psiquiátricas e mães sem história psiquiátrica, apresentaram um maior prejuízo em seu funcionamento e que a maioria não estava recebendo tratamento. Ao compararem os três grupos, em relação à presença de problemas comportamentais com os filhos, verificaram que as mães depressivas relataram significativamente mais problemas emocionais sérios em seus filhos e que estavam experimentando discórdia freqüente com estes. Baseado em uma análise de riscos atribuídos, os resultados do estudo sugeriram que, para o grupo de mães depressivas, a prevenção e tratamento da doença podem diminuir o risco de efeitos negativos para as crianças em 55%. Tais dados confirmam o valor potencial de se identificar sintomas de depressão em serviços de cuidado primário, o que pode ser útil também para detectar precocemente problemas nas crianças, especialmente em população que vive em situação econômica baixa, e que tem acesso limitado a serviços de saúde mental.

Weissman et al. (2006), em outro estudo também conduzido em serviços de atenção primária à saúde, verificaram que o tratamento efetivo das mães com depressão maior foi associado à redução dos sintomas e diagnósticos das crianças, ao controlar variáveis demográficas, características clínicas da depressão materna e status de tratamento das crianças. Concluíram que a presença de psicopatologia da criança, em especial o comportamento disruptivo, a depressão e ansiedade, mostrou-se diretamente relacionada ao grau de remissão e melhora da mãe, assim como a melhora das crianças também surtiu efeito positivo para as mães, destacando assim a importância de se considerar a influência mútua entre a saúde mental materna e a da criança.

Os referidos autores, em concordância com os dados discutidos por Ensminger et al. (2003), apontaram para a estabilidade da psicopatologia da mãe ao

longo do tempo, verificando a necessidade de cuidados precoces de saúde mental no sentido de diminuir o impacto da depressão materna ao longo do desenvolvimento das crianças.

Neste sentido, serviços de atenção primária à saúde se constituem em um contexto relevante para a detecção precoce de dificuldades psicológicas que envolvem crianças e suas famílias, pois tal como Weissman e Jensen (2002) destacaram, o tratamento efetivo da depressão dos pais pode funcionar como prevenção para problemas comportamentais dos filhos, reduzindo o risco psicossocial a que tais crianças estão expostas.

1.6. Cuidados de saúde mental em serviços de atenção primária

Cuidados Primários à Saúde consolidaram-se, globalmente, como proposta e conceito, a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978 (LITSIOS, 2002; CUETO, 2004). Os Cuidados Primários de Saúde foram definidos como cuidados essenciais de saúde, de alcance universal e que representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. No Brasil, esta conferência inspirou as primeiras experiências de implantação de serviços municipais de saúde no início da década de 80, dando origem, em 1988, ao Sistema Único de Saúde (SUS) criado pelo Ministério da Saúde, conforme a lei nº 8.142 (GIL, 2006; ESCOREL et al., 2007).

No Brasil, o SUS, financiado com recursos fiscais, estrutura-se através de princípios fundamentais como: a descentralização e regionalização do sistema de saúde, a atenção integral, a equidade, ou seja, o respeito às características próprias

de cada região e a democratização dos serviços, através da participação de toda comunidade visando atividades de proteção, promoção e recuperação da saúde, compreendido pelos setores primário, secundário e terciário (CAMPOS; SOARES, 2003).

Neste cenário, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua regulamentação e sua implantação progressiva criaram ambiente para o surgimento da atenção básica à saúde e do Programa de Saúde da Família (PSF) no início da década de 90 (GIL, 2006). As Unidades Básicas de Saúde são constituídas por equipes compostas minimamente por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas equipes exercem ações de saúde de nível coletivo e individual, abrangendo principalmente promoção e a prevenção de saúde, constituindo-se como a superfície de contato predominante entre a comunidade e o SUS (DIMENSTEIN, 1998; COSTA-NETO, 2000).

Tratando-se de saúde mental, no contexto primário de saúde, cabe ressaltar que as concepções e práticas de saúde, segundo o novo paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, não comportam mais um olhar fragmentado do sujeito visualizando apenas a doença (ROTELLI, 1990). O significado de tal mudança está na proposição de políticas de saúde que ofereçam uma forma de atenção mais complexa, pautada no respeito e na subjetividade dos sujeitos envolvidos e na adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania (BRÊDA et al., 2005).

Tais concepções se configuraram em princípios que guiaram a Reforma Psiquiátrica e que estão explícitos na Declaração de Caracas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) reforçando a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica, vinculada à atenção primária à saúde, favorecendo a promoção de modelos

substitutivos, concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando a manutenção do doente em seu meio social.

No momento em que se coloca a atenção psiquiátrica em estreita vinculação com a atenção básica, é preciso considerar e refletir sobre as estratégias de cuidados de saúde mental já que por um lado, o hospital psiquiátrico deixa de ser o componente central da atenção psiquiátrica e, por outro, os serviços comunitários passam a ser o principal meio para se obter atendimento.

Portanto, é no contexto da atenção primária à saúde que a identificação precoce dos problemas de saúde mental constitui-se em um passo essencial para a proposição de modelos de atenção que levem em conta a promoção e a prevenção, tendo em conta a epidemiologia dos transtornos e o seu impacto para a vida das pessoas.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2001), a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais das populações no mundo é preocupante. A prevalência de transtornos mentais na população geral é significativa: a maioria dos estudos tem encontrado entre 20 a 30% de prevalência em um ano e 30 a 50% na vida (USTUN, 1998; VASQUEZ-BARQUERO et al., 1999; DALGALARRONDO, 2000). Uma pesquisa multicêntrica coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que 50% das pessoas portadoras de algum transtorno mental em algum momento de suas vidas estarão em atendimento em um serviço de saúde, sendo que 5% estarão em serviços especializados e 45% em serviços de atenção primária (USTUN, 1995).

No Brasil, os levantamentos epidemiológicos populacionais realizados apontam para uma prevalência de transtornos mentais de aproximadamente 30% na população adulta, no período de um ano, sendo que 20% dessas pessoas

precisarão de atenção especializada em serviços de saúde mental, ou seja, um em cada cinco adultos, com algum tipo de transtorno mental, necessitará de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico (MARI; JORGE, 2002). Almeida-Filho et al. (1997) destacaram que os transtornos psiquiátricos são mais freqüentes na população feminina, no estrato de baixa renda e aumentam com a idade sendo os transtornos depressivos os mais freqüentes na população brasileira (MARI; STREINER, 1994).

Em estudo realizado em três centros de atenção primária na cidade de São Paulo comparando o nível de morbidade real e a prevalência de transtornos psiquiátricos identificada pelos clínicos gerais, Mari et al. (1987), verificaram uma perda de casos diagnosticados entre 22 e 79%, demonstrando a necessidade do desenvolvimento de mais habilidades e técnicas dos centros de atenção primária para a identificação dos casos psiquiátricos. Fleck et al. (2002) discutem que o diagnóstico da depressão em nível primário costuma ser prejudicado pela presença freqüente de comorbidades, pela dificuldade do corpo médico em reconhecê-la, assim como pela sistemática de atendimento no sistema público brasileiro.

Neste contexto, tem sido confirmada a hipótese de que vários casos que necessitam de tratamento especializado não recebem a devida assistência, o que reforça a necessidade de capacitação das equipes de atenção primária (GOLDBERG; TYLEE, 2001; USTUN, 1998; VASQUEZ-BARQUERO et al., 1999).

A identificação precoce dos problemas de saúde mental é fundamental para a proposição de medidas de atenção, dada as especificidades dos transtornos e das características das populações afetadas. Sob tal perspectiva, a atenção à identificação das síndromes depressivas se reveste de importância, pois elas são, atualmente, reconhecidas como um problema de saúde pública em atendimento

médico primário, por sua alta prevalência e por seu impacto negativo no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos (DALGALARRONDO, 2000; FLECK et al., 2002).

Segundo levantamento da Organização Mundial da Saúde (2005), a depressão afeta cerca de 121 milhões de pessoas no mundo todo, 17 milhões de pessoas no Brasil, sendo considerada a primeira causa incapacitante entre os problemas de saúde mental devido à duração e recorrência do transtorno, além de uma série de indicadores de disfunção e sofrimento que afetam a pessoa, com impacto para a família e a comunidade. Dessa forma, dada a alta prevalência da depressão em mulheres jovens, com filhos, a saúde mental materna se configura como uma área que necessita de atenção.

No contexto da atenção primária, também se reveste de importância a identificação das dificuldades de saúde mental da população infantil, dada a relevância do diagnóstico precoce e do tratamento dos transtornos mentais na infância.

Dados empíricos têm demonstrado que a maior parte dos problemas crônicos na infância refere-se a aspectos educacionais, psicológicos ou psiquiátricos sendo os problemas de conduta, hiperatividade e problemas emocionais os mais frequentes na idade escolar (GRAHAM, 1985; FLEITLICH; CORTÁZAR, 2000). Porém, muitas crianças e adolescentes que sofrem de um transtorno psiquiátrico não são identificados e encaminhados a um especialista dos serviços de saúde mental (BURNS et al., 1995; LEAF et al., 1996).

Crianças na faixa etária dos seis aos 12 anos têm mostrado altos índices de solicitação para atendimento psicológico na rede pública de saúde (SANTOS, 1990). Segundo Peres (1997; apud FERRIOLI, 2006), a alta demanda para atendimento psicológico de crianças pode estar relacionada às condições de vida desfavoráveis às quais a clientela de camadas populares se encontra submetida, bem como à sua

desproteção diante delas. A autora observou que as queixas mais freqüentes entre os escolares estavam associadas aos aspectos familiares, como família monoparental, separação dos genitores ou alcoolismo de um dos pais.

Fleitlich e Cortázar (2000) destacaram três fatores fundamentais que devem ser considerados ao se avaliar o encaminhamento de crianças a serviços de saúde mental: se os pais, os professores ou os próprios jovens acham que sofrem de um transtorno mental; se os sintomas estão presentes por um longo período de tempo e se esses sintomas são um peso para os pais, professores ou outros. Weissman e Jensen (2002) com base em estudo de revisão, concluíram que um melhor entendimento de como os pais são influenciados a procurarem atendimento em saúde para os seus filhos, pode ajudar a planejar políticas de saúde pública de modo a abranger essa população vulnerável.

Considerando que a saúde mental materna e infantil configura-se como áreas de grande demanda e de relevância na atenção primária à saúde, coloca-se em destaque como nestas áreas pode-se proceder a uma identificação sistemática de indicadores da necessidade de ajuda. Nesse contexto de atenção primária, a utilização de instrumentos de rastreamento se reveste de importância dado o papel fundamental da prevenção e do atendimento precoce nessa modalidade de atenção.

Métodos e instrumentos avaliativos estão sendo formulados e adaptados para atender à grande demanda de usuários nos serviços primários de saúde, neste contexto, Spitzer (1999) apresentou o PHQ (*Patient Health Questionnaire*). Trata-se de um questionário breve, aplicado a adultos, para detectar as cinco condições psiquiátricas mais prevalentes em serviços de atenção primária à saúde, a saber: depressão, ansiedade, reações de estresse, abuso de substâncias e dependência, e deterioração cognitiva. Embora proposto para o cenário epidemiológico dos EUA,

segundo Câmara (2004) é plenamente justificado uma adaptação deste método para o Brasil. Considera-se que o PHQ, por ser um instrumento de fácil aplicação, além de fornecer informações sobre as características epidemiológicas das populações, pode contribuir com informações relevantes para a identificação de populações que requerem práticas de saúde mental.

De modo semelhante, destaca-se a relevância do rastreamento e identificação dos problemas de saúde mental da população infantil. Com tal objetivo, tem sido amplamente utilizado o Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (SDQ), visando o rastreamento de problemas comportamentais de crianças e jovens de quatro a 16 anos. Em nosso meio, um estudo realizado em contexto primário de saúde, utilizando o SDQ, 31% das crianças avaliadas, constituiu um grupo de risco, tendo por referência o total das dificuldades, 39% de crianças apresentaram indicadores de sintomas emocionais, 34% indicadores de problemas de conduta; 35% de hiperatividade e 16% de problemas de relacionamento com colegas (FERRIOLLI et al., 2007).

No contexto de atenção primária à saúde, considerando as evidências de que tais programas vêm reduzindo a incidência de problemas de saúde mental (BEARDSLEE et al., 2003), considera-se que estudos com instrumentos de rastreamento de indicadores de saúde mental materna e da criança podem favorecer o diagnóstico precoce em saúde mental contribuindo para a identificação das necessidades de práticas de saúde mental.

2. OBJETIVOS

Com base nas considerações apresentadas, o presente estudo teve como objetivos:

- Caracterizar e comparar o perfil demográfico e clínico apresentado por mulheres-mães, identificadas em uma Unidade Básica de Saúde, por meio de um instrumento de rastreamento de sinais e sintomas de depressão, o Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), tendo o diagnóstico confirmado por entrevista clínica estruturada.
 - Caracterizar os indicadores comportamentais apresentados por crianças em idade escolar que convivem com mães com depressão, identificadas em uma Unidade Básica de Saúde, comparando tal perfil com o de crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica.
-

3. MÉTODO

Como delineamento, adotou-se, no presente estudo, uma abordagem quantitativa de corte transversal, com metodologia de comparação entre grupos, através da utilização de medidas de avaliação. Para tal, considerou-se como fonte de informação apenas as mães.

3.1. Participantes

Foram avaliadas 177 mães e seus respectivos filhos, de ambos os sexos, com idade entre seis e 12 anos, residentes com suas mães biológicas, distribuídos em dois grupos, a saber:

G1: 60 crianças, cujas mães apresentaram diagnóstico de depressão, sistematicamente avaliadas por instrumentos de rastreamento e diagnóstico.

G2: 117 crianças, cujas mães não apresentaram diagnóstico de depressão e de outros distúrbios psiquiátricos, sistematicamente avaliadas por instrumentos de rastreamento e diagnóstico.

3.2. Processo de seleção dos participantes

3.2.1. Caracterização da situação

O presente estudo foi realizado junto a Unidade Básica de Saúde George Chireé Jardim, do bairro Alfredo Freire de Uberaba-MG (ANEXO A). A referida unidade oferece atendimentos ambulatoriais e realiza em média 41.883 atendimentos por ano, contando com profissionais das áreas biomedicina, clínica geral, enfermagem, fisioterapia, ginecologia, nutrição, odontologia, pediatria,

psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Além disso, a unidade conta com estagiários dos cursos da área da saúde em função de convênio com a Universidade de Uberaba-MG.

O bairro Alfredo Freire é afastado da cidade de Uberaba, tendo o trânsito de moradores limitado pela distância. Dada tal condição, o bairro precisa abrigar e acolher as necessidades dos moradores, que são na maioria de baixa renda e com pouco acesso a transportes. Nesse sentido, os serviços de saúde são centralizados na unidade básica, responsável inclusive pelos encaminhamentos para outras unidades ou instituições de saúde pública da cidade.

Nesta unidade básica de saúde não há serviço de pronto atendimento. As consultas são agendadas de acordo com a demanda espontânea, encaminhamento da rede ou o surgimento de vagas. A unidade recebe encaminhamentos de outras instituições e realiza seus próprios encaminhamentos a partir de uma triagem realizada pelos médicos ou por profissionais do serviço social.

Nos serviços de ginecologia e clínica médica, onde procedeu-se a seleção das participantes, são atendidas em média 20 mulheres por dia, por médicos especialistas e graduandos de medicina. As consultas são agendadas por turnos e os atendimentos ocorrem por ordem de chegada. Dessa forma, todas as mulheres chegam às sete horas da manhã ou às 13 horas dependendo do horário agendado e aguardam na sala de espera o momento de serem chamadas. Enquanto aguardavam por consultas estas foram abordadas pela pesquisadora e convidadas a participarem do estudo. Procurou-se dar preferência na abordagem às mulheres que seriam atendidas em consulta médica a partir do terceiro lugar, deixando para o final do período as que haviam sido agendadas em primeiro e segundo lugar, visando assim não interferir na rotina do serviço.

3.2.2. Seleção dos participantes

O estudo foi desenvolvido com mulheres-mães e seus respectivos filhos quando estas procuraram ou foram encaminhadas para atendimento na área de ginecologia e clínica médica na Unidade Básica de Saúde no período de novembro de 2006 a março de 2007, com exceção do mês de janeiro em que os serviços entraram em recesso em decorrência das férias dos profissionais e estudantes.

Durante o período da coleta, segundo documentação da instituição, 680 mulheres foram atendidas pelos serviços de clínica médica e ginecologia, sendo que destas, 205 mulheres (30,1%) apresentavam o perfil definido como de inclusão para o estudo, a saber: mulheres/ mães, não grávidas, com filhos biológicos em idade escolar (na faixa etária de seis a 12 anos), sem deficiências físicas e/ou sensoriais aparentes e que não estivessem recebendo tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Destas, 20 (10,8 %) não aceitaram participar do estudo alegando principalmente falta de tempo e/ou interesse pelo projeto. Dessa forma, 185 mães foram avaliadas, correspondendo a 27,2% da população geral de mulheres atendidas nos serviços e 90,2% da população de mulheres com características definidas para a inclusão no estudo, conforme está ilustrado na figura abaixo:

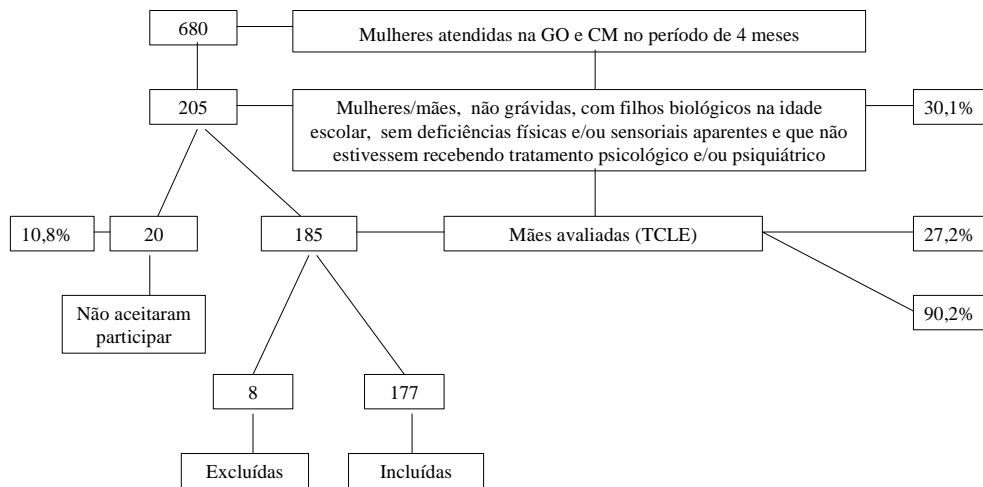


Figura 1 - Percurso Amostral

O processo de seleção das participantes foi realizado conjuntamente pela pesquisadora e por auxiliares de pesquisa, previamente treinados. Descrever-se-á inicialmente o processo de seleção das mães e em seguida das crianças.

O primeiro passo para identificação de mulheres/mães com depressão deu-se através da abordagem de todas as mulheres que procuraram ou foram encaminhadas para atendimento nos serviços de ginecologia e clínica médica na Unidade Básica de Saúde. Neste primeiro contato, os pesquisadores investigavam a presença de características pertinentes ao perfil do estudo por meio de perguntas como: “Possui filhos biológicos em idade escolar sem deficiências físicas e/ou sensoriais aparentes?”; “Está grávida ou com suspeita de gravidez?”; “Está fazendo tratamento psicológico e/ou psiquiátrico?”. Dessa forma, mulheres/mães biológicas de crianças em idade escolar sem deficiências físicas e/ou sensoriais aparentes, não grávidas e que não estavam recebendo tratamento psicológico e/ou psiquiátrico

eram convidadas a participarem do estudo, recebendo as explicações sobre os objetivos do mesmo. As que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O segundo passo foi a avaliação das mães quanto à presença de depressão através do questionário de rastreamento PHQ-9 aplicado por um auxiliar de pesquisa e a confirmação diagnóstica de depressão e exclusão de outros distúrbios psiquiátricos foi realizada pela pesquisadora por meio da SCID.

Foram excluídas do estudo mulheres que apresentavam diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos e/ou comorbidades orgânicas, de modo a assegurar a não interferência de outras variáveis além da depressão. Com base nestes critérios foram excluídas oito mães, ou seja, 4,3% das mães avaliadas, constituindo assim uma amostra total de 177 mães participantes do estudo.

Após esta identificação, as mães foram convidadas a responderem um Questionário Complementar para a caracterização do perfil demográfico e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), relativo ao comportamento de seus filhos.

Quanto às crianças, os critérios de inclusão foram a idade entre seis e doze anos, ambos os sexos e residência com a mãe biológica. Foram excluídas do estudo crianças órfãs ou com história de adoção, com história de doenças orgânicas ou com deficiências sensoriais aparentes, objetivando evitar outras variáveis de confundimento que pudessem interferir no desempenho e comportamento da criança.

Quando a mãe convidada tinha mais de uma criança na faixa etária indicada, apenas uma delas era incluída na pesquisa, tendo como critério o gênero e a idade das crianças já incluídas nos grupos de modo a balancear estas variáveis na amostra constituída.

3.3. INSTRUMENTOS

3.3.1. PHQ-9 - Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (*Patient Health Questionnaire*)

O PHQ é uma adaptação do PRIME-MD (SPITZER et al.,1994), um instrumento de diagnóstico para transtornos mentais, desenvolvido para serviços de cuidados primários à saúde. O PHQ-9 é um módulo baseado diretamente nos critérios diagnósticos para Desordem de Depressão Maior do DSM-IV validado por Spitzer et al. (1999) e por Kroenke et al. (2001) que possibilita tanto o rastreamento de sinais e sintomas da Depressão Maior atual assim como a classificação de níveis de gravidade. É constituído por nove itens, sendo cada item composto por uma escala ordinal que mede a frequência dos sinais e sintomas da depressão nas últimas duas semanas (0= nenhuma vez; 1= vários dias; 2= mais da metade dos dias; 3= quase todos os dias). O escore total é obtido pela somatória dos itens que pode variar de zero a 27, sendo considerado indicador positivo de sinais e sintomas da Depressão Maior valores maiores ou igual a dez (SPITZER et al.,1999; KROENKE et al., 2001). Quanto à gravidade, o escore é classificado da seguinte forma: de zero a cinco (ausência de indicadores de Depressão Maior); de seis a nove (indicadores de Depressão Maior leve); de 10 a 14 (indicadores de Depressão Maior moderada); de 15 a 19 (indicadores de Depressão Maior moderada-severa) e escores maiores de 20 (indicadores de Depressão Maior severa). No presente estudo, considerar-se-á como presença de depressão os indicadores correspondentes à classificação de gravidade moderado e severa. Em estudo psicométrico realizado no Brasil os resultados relativos ao PHQ-9 evidenciaram em comparação a entrevista diagnóstica, excelente validade, com uma área sob a curva ROC (AUC) de 0,998 ($p < 0,001$). A nota de corte maior ou igual a dez mostrou-se a mais adequada para rastreamento da depressão, com sensibilidade (S)

de 1,00, especificidade (E) de 0,98, valor preditivo positivo de 0,97, valor preditivo negativo de 1,00 e eficácia diagnóstica de 0,999 (OSÓRIO et al., 2008).

A versão em português utilizada no presente estudo foi traduzida pela Pfizer¹ (ANEXO B).

3.3.2. Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-I / Versão Clínica)

Entrevista traduzida e adaptada por Del Ben et al. (2001), utilizada neste estudo para a confirmação do diagnóstico de depressão nas mulheres que tiverem obtido resultado positivo no PHQ-9 e para a exclusão de distúrbios psiquiátricos nas mulheres resultado negativo no PHQ-9. A SCID, conduzida por um profissional experiente, inicia-se por uma seção de revisão geral, que segue o roteiro de uma entrevista clínica não-estruturada. Em seguida, é dividida em módulos que correspondem às categorias diagnósticas maiores. Os critérios diagnósticos estão presentes no próprio corpo do instrumento, facilitando a elaboração do diagnóstico conforme a entrevista progride. Foram aplicados os módulos A e B referentes aos transtornos do eixo I do DSM-IV.

3.3.3. Questionário Complementar

Questionário contendo as seguintes informações: a) com relação às mulheres - idade, sexo, estado civil, grau de instrução, tratamentos psiquiátricos atuais e anteriores, uso contínuo de medicação; b) com relação à família - classificação de nível sócio-econômico segundo a ABIPEME (Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado), e composição familiar; e c) com relação aos filhos - idade, escolaridade, presença de deficiências, se é filho biológico e disponibilidade de horário para eventuais agendamentos (APÊNDICE A).

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

3.3.4. SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança

Questionário respondido pelas mães a respeito do comportamento dos filhos nos últimos seis meses, traduzido e adaptado por Goodman (1997) e Fleitlich-Bilyk e Goodman (2001). É um instrumento breve, utilizado para rastreamento de problemas comportamentais de crianças e jovens de quatro a 16 anos. É composto por 25 itens distribuídos em cinco escalas com cinco itens cada. As escalas são: sintomas emocionais; problemas de conduta; hiperatividade; problemas de relacionamento com os colegas; comportamento pró-social, sendo que esta última não está relacionada a problemas, já que a ausência de comportamentos pró-sociais é conceitualmente diferente da presença de dificuldades psicológicas. Para cada uma das cinco escalas a pontuação pode variar de zero a dez se todos os cinco itens forem completados e a pontuação total das dificuldades é fornecida pela soma dos resultados das quatro primeiras escalas. Cada um dos 25 itens pode ser respondido como “falso”, “mais ou menos verdadeiro” ou “verdadeiro”. As crianças são classificadas em três categorias (normal, limítrofe e anormal) para cada uma das escalas e de acordo com a pontuação total. Os valores de classificação variam de acordo com as escalas. Foi utilizada a versão do instrumento aplicada com pais, disponível no endereço www.sdqinfo.com (ANEXO C).

3.4. PROCEDIMENTO

3.4.1. Estudo-piloto

Com os objetivos de homogenizar os procedimentos de coleta de dados, de adequar o planejamento de tempo a ser utilizado e principalmente de treinar os colaboradores, foi realizado um estudo piloto, durante uma semana na Unidade

Básica de Saúde. As etapas e os procedimentos adotados nesse estudo estão descritos no APÊNDICE B.

Após o estudo piloto procedeu-se aos ajustes necessários, tendo por base as dificuldades observadas. A principal dificuldade foi relativa à distribuição das tarefas entre os aplicadores de modo a não interferir nas rotinas do serviço, para tal dividiu-se a coleta em três etapas e distribuíram-se as atividades, tal como descrito no tópico seguinte.

3.4.2. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da avaliação individual dos participantes, pela pesquisadora e por quatro auxiliares de pesquisa, estudantes do quinto e sexto período de psicologia da Universidade de Uberaba, previamente treinados.

As etapas da coleta de dados são especificadas a seguir:

1ª Etapa: Na Unidade Básica de Saúde George Chiré Jardim, enquanto aguardavam consulta na sala de espera, as mulheres foram abordadas pelos pesquisadores que investigavam a presença das características definidas como condições de inclusão no estudo. As que respondiam positivamente aos critérios eram convidadas a participarem do estudo, recebendo as explicações sobre os objetivos do mesmo e caso aceitassem assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e iniciava-se a avaliação.

2ª Etapa: Nessa etapa de avaliação, em situação face a face, a psicóloga ou um auxiliar de pesquisa aplicava com as mulheres o Questionário Complementar e o SDQ, de acordo com as instruções específicas de aplicação do instrumento, na própria sala de espera, em um local isolado das demais usuárias.

Em seguida um outro auxiliar de pesquisa aplicava com as mulheres o PHQ-9, também na sala de espera, em um local isolado. As instruções eram dadas verbalmente e os itens dos instrumentos eram lidos pausadamente pela aplicadora e as respostas dadas eram assinaladas pela aplicadora, sendo que as mulheres podiam acompanhar a leitura com apoio de cópias dos instrumentos.

3ª Etapa: Na medida em que as mães iam terminando de responder o PHQ-9, eram encaminhadas individualmente para uma sala, com boas condições de privacidade, onde eram entrevistadas pela pesquisadora, seguindo o roteiro da SCID.

A pesquisadora ao realizar a SCID com as participantes desconhecia o escore das mesmas no PHQ-9, não tendo participado da aplicação de tal instrumento.

As avaliações tiveram uma duração em média de 40 minutos por participante e duração de quatro meses.

3.4.3. Tratamento dos dados

Os dados coletados foram organizados e codificados de acordo com as proposições de cada técnica. Após a correção e codificação, os escores de cada instrumento assim como as características demográficas foram digitados em planilhas do Excel, validadas por digitadores independentes, para que então fosse realizado o tratamento estatístico, utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 16.0.

3.4.3.1. Codificação dos instrumentos

3.4.3.1.1. PHQ-9 - Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9

Os dados do PHQ-9 foram codificados seguindo as normas propostas por Spitzer et al. (1999) e por Kroenke et al. (2001). O escore total é obtido pela somatória total dos itens que pode variar de zero a 27 sendo cada item composto por uma escala ordinal com valores de 0 a 3. Os resultados quanto à classificação diagnóstica, são codificados dicotomicamente da seguinte forma: “positivo” para valores maiores ou igual a dez indicando a presença de sinais e sintomas da depressão e “negativo” para valores menores que dez indicando ausência de sinais e sintomas de depressão.

3.4.3.1.2. SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança

Os dados do SDQ foram codificados seguindo as normas propostas por Goodman (1997). O resultado de uma dada escala pode ser avaliado como problema se ao menos três itens forem completados. Os itens devem ser somados dentro de cada Escala para a classificação parcial e a pontuação Total de dificuldades é a soma das pontuações das quatro Escalas, exceto a Escala de Comportamento pró-social. Para a classificação da pontuação Total e das Escalas, utilizaram-se os indicadores apresentados no seguinte quadro:

	NORMAL	LIMÍTROFE	ANORMAL
Pontuação total das dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos sintomas emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de problemas de conduta	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para hiperatividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para problemas com colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para comportamento pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Para análise dos dados foram agrupadas as classificações “limítrofe” e “normal”, configurando-se assim a classificação “anormal” como indicadora de problemas de comportamento nas crianças, ou seja, em relação ao escore total, a pontuação neste instrumento acima de 16 foi considerada como indicativo de dificuldades comportamentais. Foram empregados os pontos de corte para problemas de comportamento sugeridos pelo estudo de Fleitlich e Cortázar et al. (2000).

3.4.3.1.3. Questionário Complementar

Toda a caracterização do perfil sócio demográfico foi realizada por meio do cálculo das frequências e proporções. A classificação de nível sócio-econômico foi obtida segundo critérios da ABIPEME (Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado), por meio de cinco classes, denominadas A, B, C, D e E, correspondentes a uma pontuação determinada pela atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família

3.4.3.2. Análise estatística dos dados

Inicialmente foram realizadas análises descritivas a fim de caracterizar o perfil das amostras de mães e crianças quanto a características clínicas e demográficas, utilizando-se medidas de frequência e porcentagens. Para as comparações entre os grupos utilizou-se o qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher para a verificação das associações significativas entre as variáveis clínicas e demográficas. Adotou-se em todas as comparações o nível de significância de $p \leq 0.05$.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Uberaba - UNIUBE, conforme protocolo em anexo (ANEXO D).

As mães foram contatadas ao buscarem serviços junto a Unidade básica de Saúde George Chiré Jardim, do bairro Alfredo Freire, Uberaba-MG, foram informadas a respeito dos objetivos do estudo, do caráter voluntário da participação, da ausência de prejuízos ou danos decorrentes da mesma, assegurando a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem ônus ou prejuízo. Para as que aceitaram, o consentimento foi solicitado mediante autorização por escrito (ANEXO E).

Foram oferecidas entrevistas devolutivas a todas as participantes, informando sobre a presença ou ausência de indicadores de depressão e de dificuldades comportamentais por parte de seus filhos, na medida do interesse das mesmas. Quando da presença de dificuldade, colocávamos-nos à disposição para o encaminhamento das mulheres e de seus filhos junto à rede de saúde, na medida do interesse das participantes. Do conjunto de 177 mulheres/mães avaliadas, 36% compareceram à entrevista devolutiva após dois agendamentos. Sob essa condição, foram realizadas 64 devolutivas, sendo 35 mães encaminhadas a serviços de saúde mental da rede pública. Destas, nove já haviam procurado ajuda logo após serem avaliadas, sendo que quatro já estavam em tratamento e as outras cinco aguardavam vaga na rede pública.

4. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em três tópicos: Perfil demográfico das mulheres/mães e das crianças, perfil clínico das mulheres/mães e comparação entre os grupos de crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão (G1) e o de crianças de mães sem diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos (G2).

4.1. PERFIL DEMOGRÁFICO

4.1.1. Mulheres / Mães

A Tabela 1 mostra as características demográficas das mães incluídas no presente estudo.

Tabela 1 – Características demográficas das mães envolvidas no estudo (N=177)

VARIÁVEIS MÃES	F (%)
Idade (anos)	
≤ 30	85 (48,0)
> 30 ≤ 50	92 (52,0)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	
Completo	46 (26,0)
Incompleto	71 (40,1)
Ensino Médio	
Completo	43 (24,3)
Incompleto	17 (9,6)
Estado Civil	
Casada / União consensual	133 (75,1)
Separada/ Desquitada	33 (18,6)
Solteira	11 (6,2)
Nível Sócio Econômico*	
Classe C	94 (53,1)
Classe D e E	83 (46,9)

* Obtido segundo critérios da ABIPEME (Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado)

Foram avaliadas 177 mulheres com idade média de 32,7 anos, variando de 20 a 50 anos. Quanto à escolaridade, aproximadamente 66,0% das mães se encontravam no nível fundamental, predominando a categoria incompleto, e aproximadamente 34,0% foram incluídas no nível médio sendo que 24,3% completaram este nível. Nenhuma participante relatou escolaridade de nível superior. A média de escolaridade foi de 6,05 anos, sendo este índice próximo da média nacional para escolaridade de mulheres, que é 6,4 anos segundo o Mapa do Analfabetismo no Brasil (www.inep.gov.br). Em relação ao estado civil, observou-se o predomínio de mulheres casadas e/ou em união consensual (75,1%), seguidas de aproximadamente 25% de mulheres que são as cuidadoras exclusivas das suas famílias sendo 18,6% separadas e/ou desquitadas e 6,2% solteiras. Com relação à classe sócio-econômica observou-se que todas as participantes foram incluídas nas classes C, D - E.

4.1.2. Crianças

Na Tabela 2 são apresentados os dados de caracterização das crianças quanto à idade, escolaridade e gênero.

Tabela 2 – Características demográficas das crianças incluídas no estudo (N=177)

VARIÁVEIS CRIANÇAS	F (%)
Idade (anos)	
6 a 8	60 (33,9)
9 a 12	117 (66,1)
Escolaridade	
Pré a 2° série	102 (57,6)
3° a 5° série	75 (42,4)
Sexo	
Feminino	88 (49,7)
Masculino	89 (50,3)

Das 177 crianças participantes do estudo, predominaram as crianças incluídas na faixa etária de nove a 12 anos, com idade média de 8,9 anos. Quanto à escolaridade, todos os participantes freqüentavam o ensino fundamental, predominando as séries iniciais deste nível (57,6%). No que se refere ao gênero, observou-se uma distribuição próxima.

4.2. PERFIL CLÍNICO – MULHERES / MÃES

A Tabela 3 mostra a identificação de mães com depressão por meio do Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) e a confirmação diagnóstica pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID).

Tabela 3 - Identificação de mulheres/mães com depressão por meio do PHQ-9 e SCID

PHQ-9 \ SCID	F (%)		TOTAL (100%)
	POSITIVA	NEGATIVA	
NEGATIVO	0 (0)	115 (100)	115
POSITIVO	60 (96,8)	2 (3,2)	62
TOTAL	60 (33,9)	117 (66,1)	177

Verificou-se uma identificação de 60 mães com transtorno depressivo (33,9%) e 117 (66,1%) sem transtornos psiquiátricos, sendo que em apenas 3,2% dos casos os indicadores de depressão materna pelo PHQ-9 não foram confirmados pela SCID. Do conjunto de 185 mulheres /mães avaliadas, oito apresentaram pela SCID outros transtornos psiquiátricos e foram excluídas do estudo.

A Tabela 4 apresenta a classificação da depressão materna quanto aos níveis de gravidade segundo indicadores do PHQ-9.

Tabela 4 – Classificação da Depressão Materna quanto aos níveis de gravidade – PHQ-9

NÍVEIS DE GRAVIDADE	F (%)
Não depressão/ depressão leve	115 (64,9)
Depressão Maior moderada	20 (11,3)
Depressão Maior moderada-severa	24 (13,6)
Depressão Maior severa	18 (10,2)
TOTAL	177 (100,0)

Quanto à gravidade, verificou-se uma classificação homogênea com um diferencial no que diz respeito ao grau moderado- severo presente em 13,6% das mulheres/mães avaliadas. O grupo de mães com ausência de depressão e Depressão Maior leve foram agrupadas por terem a nota de corte < 10, segundo critérios de Spitzer e cols (1999) e de Kroenke e cols (2001). Duas mães classificadas pelo PHQ-9 como tendo Depressão maior moderada não tiveram seu diagnóstico confirmado pela SCID.

4.3. COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS

A Tabela 5 mostra a comparação entre os grupos de crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão (G1) e o de crianças de mães sem diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos (G2) quanto às variáveis demográficas das mães e crianças.

Tabela 5 – Comparação entre os grupos quanto às variáveis demográficas e clínicas das mães (N=177) e demográficas das crianças (N=177)

VARIÁVEIS	G1 (N=60)	G2 (N=117)	P*	COMPARAÇÃO
MÃES				
	F (%)	F (%)		
Idade (anos)			0,796	Ns
≤ 30	28 (46,7)	57 (48,7)		
> 30 ≤ 50	32 (53,3)	60 (51,3)		
Escolaridade			0,073	Ns
Baixa Escolaridade	45 (75,0)	72 (61,5)		
Média Escolaridade	15 (25,0)	45 (38,5)		
Estado Civil			0,133	Ns
Casada / União consensual	41 (68,3)	92 (78,6)		
Separada/ Desquitada / Solteira	19 (31,7)	25 (21,4)		
Nível Sócio Econômico			0,497	Ns
Classe C	34 (56,7)	60 (51,3)		
Classe D e E	26 (43,3)	57 (48,7)		
Tratamento prévio			0,128	Ns
Sim	9 (15,0)	9 (7,7)		
Não	51(85,0)	108 (92,3)		
CRIANÇAS				
Idade (anos)			0,433	Ns
6 a 8	18 (30,0)	42 (35,9)		
9 a 12	42 (70,0)	75 (64,1)		
Escolaridade			0,250	Ns
Pré a 2° série	31 (51,7)	71 (60,7)		
3° a 5° série	29 (48,3)	46 (39,3)		
Sexo			0,064	Ns
Feminino	24 (40,0)	64 (54,7)		
Masculino	36 (60,0)	53 (45,3)		

TESTE QUI-QUADRADO: * p ≤ 0.05

Ns= diferença não significativa

G1= crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão

G2= crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos

Os dados demográficos referentes à escolaridade e estado civil das mães foram agrupados de forma a favorecer a compreensão dos dados. Considerou-se como grupo de “baixa escolaridade” aquele composto pelas mulheres que cursaram até o ensino fundamental completo ou incompleto e o de “média escolaridade” aquele cujas mulheres alcançaram o nível médio de ensino, e em relação ao estado civil

optou-se por agrupar o grupo de mães solteiras ao de mães separadas e desquitadas, contrastando a condição de famílias em que a mãe sozinha tem o papel de cuidadora àquela em que a família conta com dois adultos como cuidadores.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis demográficas das mães e crianças ao se comparar os grupos.

Em relação à idade das mães, observou-se uma distribuição homogênea, sendo a média do G1 (32 anos e seis meses) semelhante à do G2 (32 anos e oito meses). Verificou-se um predomínio de mães de baixa escolaridade casadas/ união consensual nos dois grupos. Observou-se ainda uma distribuição próxima das classes sociais C, D-E entre os grupos. Em relação à procura e realização de tratamentos psicológicos e/ou psiquiátricos prévios, observou-se que 10,2% de todas as mães avaliadas já haviam procurado algum tipo de ajuda. Das 60 mães diagnosticadas com depressão apenas 15% já haviam recebido tratamento em serviços especializados

Em relação às crianças, verificou-se predomínio na faixa etária de nove a 12 anos cursando séries iniciais nos dois grupos. O G1 foi constituído por 60% de crianças do sexo masculino, ao passo que o G2 teve o predomínio de crianças do sexo feminino (54,7%).

A distribuição das freqüências dos escores totais do PHQ-9 para os grupos G1 e G2 encontra-se apresentada no APÊNDICE D.

Na Tabela 6 está apresentada a distribuição dos itens do PHQ-9 em função do escore médio, desvio-padrão e porcentagem dos escores de 0 a 3 nas amostras de mães com depressão, mães sem depressão e na amostra total .

Tabela 6 - Distribuição dos itens do PHQ-9 em função do escore médio, desvio-padrão e porcentagem dos escores de 0 a 3 nas amostras de mães com depressão- G1 (N=60), mães sem depressão - G2 (N=117), e na amostra total (N=177)

ITENS PHQ-9	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ESCORES (%)*			
			0	1	2	3
1- Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas						
G1	2.53	0.853	5.0	8.3	15.0	71.7
G2	0.41	0.811	73.5	17.9	2.6	6.0
Total	1.13	1.301	50.3	14.7	6.8	28.2
2- Se sentir para baixo, deprimido/a ou sem perspectiva						
G1	2.65	0.659	0.0	10.0	15.0	75.0
G2	0.37	0.738	74.4	18.8	2.6	4.3
Total	1.14	1.296	49.2	15.8	6.8	28.2
3- Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormir mais do que o costume						
G1	1.88	1.250	25.0	8.3	20.0	46.7
G2	0.52	0.915	69.2	17.1	6.0	7.7
Total	0.98	1.222	54.2	14.1	10.7	20.9
4- Se sentir cansado/a ou com pouca energia						
G1	2.28	1.043	11.7	8.3	20.0	60.0
G2	0.54	0.689	56.4	34.2	8.5	0.9
Total	1.13	1.168	41.2	25.4	12.4	20.9
5- Falta de apetite ou comendo demais						
G1	1.38	1.250	38.3	11.7	23.3	26.7
G2	0.22	0.617	85.5	9.4	2.6	2.6
Total	0.62	1.039	69.5	10.2	9.6	10.7
6- Se sentir mal consigo mesma - ou achar que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesma						
G1	2.08	1.197	16.7	16.7	8.3	58.3
G2	0.33	0.682	76.1	17.1	4.3	2.6
Total	0.93	1.216	55.9	16.9	5.6	21.5
7- Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver TV						
G1	1.55	1.185	26.7	21.7	21.7	30.0
G2	0.39	0.694	70.1	23.1	4.3	2.6
Total	0.79	1.044	55.4	22.6	10.2	11.9
8- Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou estar tão agitada ou irrequieta que fica andando de um lado para o outro muito mais que de costume.						
G1	1.52	1.112	23.3	26.7	25.0	25.0
G2	0.23	0.532	81.2	15.4	2.6	0.9
Total	0.67	0.987	61.6	19.2	10.2	9.0
9- Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta						
G1	1.12	1.195	41.7	28.3	6.7	23.3
G2	0.04	0.203	95.7	4.3	0.0	0.0
Total	0.41	0.875	77.4	22.0	4.0	14.0

0= Nenhuma vez; 1= Vários dias; 2= Mais da metade dos dias; 3= Quase todos os dias

G1= crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão;

G2= crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos

Verificou-se o predomínio de respostas de maior freqüência correspondentes à opção “quase todos os dias” em todas as nove questões do G1, ao contrário do observado em G2. As queixas mais freqüentes relatadas pelas mães do G1 diz respeito a sentir-se com *pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas, sentir-se para baixo, deprimida e sem perspectiva e sentir-se cansada ou com pouca energia* nas duas últimas semanas. Mais da metade das mulheres do G1 já pensou em se ferir ou em estarem mortas (58,3%), destas, 23,3% tinham tais pensamentos de morte quase todos os dias.

Os indicadores de problemas comportamentais das crianças foram avaliados por meio do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) respondido pelas mães. A comparação dos grupos quanto à classificação dos problemas comportamentais das crianças por meio do SDQ está apresentada na Tabela 7, destacando as freqüências e porcentagens do escore total e escalas do SDQ, considerando as classificações normal e anormal para os dois grupos.

Tabela 7 – Comparação entre os grupos quanto às escalas do SDQ e escore total

ESCALAS SDQ	G1 F (%) (N=60)	G2 F (%) (N=117)	TOTAL F (%) (N=177)	P*	ODDS RATIO I.C.** (95%)
Escore Total				0,001	2,866 (1,504-5,460)
Normal	22 (36,7)	73 (62,4)	95 (53,7)		
Anormal	38 (63,3)	44 (37,6)	82 (46,3)		
Hiperatividade				0,267	Ns
Normal	36 (60,0)	80 (68,4)	116 (65,5)		
Anormal	24 (40,0)	37 (31,6)	61 (34,5)		
Sintomas Emocionais				0,155	Ns
Normal	21 (35,0)	54 (46,2)	75 (42,4)		
Anormal	39 (65,0)	63 (53,8)	102 (57,6)		
Problemas de Conduta				0,038	1,967 (1,046-3,697)
Normal	28 (46,7)	74 (63,2)	102 (57,6)		
Anormal	32 (53,3)	43 (36,8)	75 (42,4)		
Relacionamento com colegas				0,070	Ns
Normal	33 (55,0)	81 (69,2)	114 (64,4)		

ESCALAS SDQ	G1 F (%)	G2 F (%)	TOTAL F (%)	P*	ODDS RATIO I.C.** (95%)
Anormal	27 (45,0)	36 (30,8)	63 (35,6)		
Pró-social				0,490	Ns
Normal	56 (93,3)	112 (95,7)	168 (94,9)		
Anormal	4 (6,7)	5 (4,3)	9 (5,1)		

(TESTE EXATO DE FISHER; TESTE QUI-QUADRADO)

* $p \leq 0.05$

**I.C. Intervalo de Confiança

Ns= diferença não significativa

G1= crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão

G2= crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos

Observou-se em relação ao escore total, uma distribuição homogênea das classificações “normal” e “anormal” na amostra total diferente do observado ao se comparar os grupos. Em todas as escalas, o G1 obteve maiores porcentagens de crianças com problemas quando comparadas ao G2. No G1 verificou-se um predomínio de crianças com problemas comportamentais (63,3%) enquanto que no G2, predominaram crianças sem problemas de comportamento (62,4%), confirmando a hipótese da depressão materna como favorecedora de problemas comportamentais nas crianças. Verificou-se que as crianças do G1, filhas de mães com depressão apresentaram 2,8 vezes mais de chance de terem problemas comportamentais quando comparadas às do G2.

Das cinco escalas avaliadas, ao se comparar os grupos, apenas na escala de problemas de conduta observou-se valor com significância estatística. A depressão materna foi também preditora deste tipo de patologia, verificando-se que o grupo de crianças filhas de mães com depressão (G1) apresentaram 1,9 vezes mais de chances de apresentar problemas de conduta, quando comparadas ao G2.

Em relação à escala de sintomas emocionais verificou-se nos dois grupos, a maior porcentagem de crianças com problemas (57,6%). Destaca-se ainda que nos dois grupos, segundo o relato das mães, quase a totalidade das crianças apresentaram indicadores positivos de comportamento pró-social.

Nas tabelas seguintes, para cada grupo separadamente, são avaliados o Escore total e a escala dos problemas de conduta em função das variáveis demográficas.

A classificação do escore total do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão (G1) está apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 – Classificação do escore total do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão (G1)

VARIÁVEIS	SDQ	ESCORE TOTAL G1			P*	ODDS RATIO I.C.** (95%)
		NORMAL (N=22)	ANORMAL (N=38)	TOTAL (N=60)		
MÃES						
Idade (anos)		F (%)	F (%)	F (%)		
≤ 30		10 (45,5)	18 (47,4)	28 (46,7)	0,886	Ns
> 30 ≤ 50		12 (54,5)	20 (52,6)	32 (53,3)		
Escolaridade					0,757	Ns
Baixa Escolaridade		16 (72,7)	29 (76,3)	45 (75,0)		
Média Escolaridade		6 (27,3)	9 (23,7)	15 (25,0)		
Estado Civil					0,088	Ns
Casada / União consensual		18 (81,8)	23 (60,5)	41 (68,3)		
Separada/ Desquitada / Solteira		4 (18,2)	15 (39,5)	19 (31,7)		
Nível Sócio Econômico					0,773	Ns
Classe C		13 (59,1)	21 (55,3)	34 (56,7)		
Classe D e E		9 (40,9)	17 (44,7)	26 (43,3)		
CRIANÇAS						
Idade (anos)					0,815	Ns
6 a 8		7 (31,8)	11 (28,9)	18 (30,0)		
9 a 12		15 (68,2)	27 (71,1)	42 (70,0)		
Escolaridade					0,464	Ns
Pré a 2° série		10 (45,5)	21 (55,3)	31 (51,7)		
3° a 5° série		12 (54,5)	17 (44,7)	29 (48,3)		
Sexo					0,512	Ns
Feminino		10 (45,5)	14 (36,8)	24 (40,0)		
Masculino		12 (54,5)	24 (63,2)	36 (60,0)		

(TESTE EXATO DE FISHER; TESTE QUI-QUADRADO) * p ≤ 0.05 **I.C. Intervalo de Confiança
Ns= diferença não significativa

Verifica-se que a depressão materna por si só foi preditora de problemas comportamentais para as crianças do G1, visto que todas as variáveis demográficas relativas às mães e crianças não foram diferenciadoras dos dois grupos.

A classificação do escore total do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos (G2) está descrita na Tabela 9.

Tabela 9 – Classificação do escore total do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos (G2)

VARIÁVEIS	SDQ	ESCORE TOTAL G2			P*	ODDS RATIO I.C.** (95%)
		NORMAL (N=73)	ANORMAL (N=44)	TOTAL (N=117)		
MÃES						
Idade (anos)		F (%)	F (%)	F (%)		
≤ 30		35 (47,9)	22 (50,0)	57 (48,7)	0,829	Ns
> 30 ≤ 50		38 (52,1)	22 (50,0)	60 (51,3)		
Escolaridade					0,053	0,455 (0,203- 1,020)
Baixa Escolaridade		40 (54,8)	32 (72,7)	72 (61,5)		
Média Escolaridade		33 (45,2)	12 (27,3)	45 (38,5)		
Estado Civil					0,457	Ns
Casada / União consensual		59 (80,8)	33 (75,0)	92 (78,6)		
Separada/ Desquitada / Solteira		14 (19,2)	11 (25,0)	25 (21,4)		
Nível Sócio Econômico					0,550	Ns
Classe C		39 (53,4)	21 (47,7)	60 (51,3)		
Classe D e E		34 (46,6)	23 (52,3)	57 (48,7)		
CRIANÇAS						
Idade (anos)					0,935	Ns
6 a 8		26 (35,6)	16 (36,4)	42 (35,9)		
9 a 12		47 (64,4)	28 (63,6)	75 (64,1)		
Escolaridade					0,148	Ns
Pré a 2° série		48 (65,8)	23 (52,3)	71 (60,7)		
3° a 5° série		25 (34,2)	21 (47,7)	46 (39,3)		
Sexo					0,721	Ns
Feminino		39 (53,4)	25 (56,8)	64 (54,7)		
Masculino		34 (46,6)	19 (43,2)	53 (45,3)		

(TESTE EXATO DE FISHER; TESTE QUI-QUADRADO)

* p ≤ 0.05 **I.C. Intervalo de Confiança

Ns= diferença não significativa

No grupo de mães sem transtornos psiquiátricos, os problemas comportamentais foram mais relatados pelas mães de baixa escolaridade (72,7%), sendo esta a única variável demográfica que apresentou valores significativos,

podendo, quando das comparações, o relato de problemas comportamentais nas crianças estar relacionado também a tal variável.

A classificação da escala de problemas de conduta do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão (G1) está descrita na Tabela 10.

Tabela 10 – Classificação da Escala de Problemas de Conduta do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão (G1)

VARIÁVEIS	SDQ	PROBLEMAS DE CONDUTA G1			P*	ODDS RATIO I.C.** (95%)
		NORMAL (N=28)	ANORMAL (N=32)	TOTAL (N=60)		
MÃES						
Idade (anos)		F (%)	F (%)	F (%)		
≤ 30		13 (46,4)	15 (46,9)	28 (46,7)	0,972	Ns
> 30 ≤ 50		15 (53,6)	17 (53,1)	32 (53,3)		
Escolaridade					0,550	Ns
Baixa Escolaridade		22 (78,6)	23 (71,9)	45 (75,0)		
Média Escolaridade		6 (21,4)	9 (28,1)	15 (25,0)		
Estado Civil					0,031	3,578 (1,085-11,795)
Casada / União consensual		23 (82,1)	18 (56,2)	41 (68,3)		
Separada/ Desquitada / Solteira		5 (17,9)	14 (43,8)	19 (31,7)		
Nível Sócio Econômico					0,554	Ns
Classe C		17 (60,7)	17 (53,1)	34 (56,7)		
Classe D e E		11 (39,3)	15 (46,9)	26 (43,3)		
CRIANÇAS						
Idade (anos)					0,429	Ns
6 a 8		7 (25,0)	11 (34,4)	18 (30,0)		
9 a 12		21 (75,0)	21 (65,6)	42 (70,0)		
Escolaridade					0,201	Ns
Pré a 2° série		12 (42,9)	19 (59,4)	31 (51,7)		
3° a 5° série		16 (57,1)	13 (40,6)	29 (48,3)		
Sexo					0,342	Ns
Feminino		13 (46,4)	11 (34,4)	24 (40,0)		
Masculino		15 (53,6)	21 (65,6)	36 (60,0)		

(TESTE EXATO DE FISHER; TESTE QUI-QUADRADO)

* p ≤ 0.05

**I.C. Intervalo de Confiança

Ns= diferença não significativa

Verificou-se que o relato de problemas de conduta para as crianças do G1 pode também ser explicado pelo estado civil das mães. Das 19 mães de G1 separadas/desquitadas ou solteiras, 14 (73,7%) referiram mais problemas de conduta. Observou-se ainda, neste grupo, que maior porcentagem do relato de problemas de conduta foi mais freqüente para as crianças do sexo masculino, com idade entre nove e 12 anos cursando séries iniciais.

A classificação da escala de problemas de conduta do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos (G2) está descrita na Tabela 11.

Tabela 11 – Classificação da Escala de Problemas de Conduta do SDQ quanto às variáveis demográficas das mães e das crianças no grupo de crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos (G2)

VARIÁVEIS	SDQ	PROBLEMAS DE CONDUTA G2			P*	ODDS RATIO I.C.** (95%)
		NORMAL (N=74)	ANORMAL (N=43)	TOTAL (N=117)		
MÃES						
Idade (anos)		F (%)	F (%)	F (%)		
≤ 30		38 (51,4)	19 (44,2)	57 (48,7)	0,455	Ns
> 30 ≤ 50		36 (48,6)	24 (55,8)	60 (51,3)		
Escolaridade					0,332	Ns
Baixa Escolaridade		48 (64,9)	24 (55,8)	72 (61,5)		
Média Escolaridade		26 (35,1)	19 (44,2)	45 (38,5)		
Estado Civil					0,578	Ns
Casada / União consensual		57 (77,0)	35 (81,4)	92 (78,6)		
Separada/ Desquitada / Solteira		17 (23,0)	8 (18,6)	25 (21,4)		
Nível Sócio Econômico					0,120	Ns
Classe C		42 (56,8)	18 (41,9)	60 (51,3)		
Classe D e E		32 (43,2)	25 (58,1)	57 (48,7)		
CRIANÇAS						
Idade (anos)					0,068	Ns
6 a 8		22 (29,7)	20 (46,5)	42 (35,9)		
9 a 12		52 (70,3)	23 (53,5)	75 (64,1)		
Escolaridade					0,668	Ns
Pré a 2° série		46 (62,2)	25 (58,1)	71 (60,7)		
3° a 5° série		28 (37,8)	18 (41,9)	46 (39,3)		

VARIÁVEIS	SDQ	PROBLEMAS DE CONDUTA G2			P*	ODDS RATIO I.C.** (95%)
		NORMAL (N=74)	ANORMAL (N=43)	TOTAL (N=117)		
Sexo					0,854	Ns
Feminino		40 (54,1)	24 (55,8)	64 (54,7)		
Masculino		34 (45,9)	19 (44,2)	53 (45,3)		

(TESTE EXATO DE FISHER; TESTE QUI-QUADRADO) * p ≤ 0.05 **I.C. Intervalo de Confiança
Ns= diferença não significativa

No G2, o relato para problemas de conduta ocorreu para 36,7% das crianças. Observou-se que esses problemas foram mais frequentemente relatados para crianças do sexo feminino, mais velhas e cursando séries iniciais e quanto às características das mães predominaram nos relatos de mães com baixa escolaridade, casadas e/ou em união consensual.

5. DISCUSSÃO

5.1. A identificação da depressão em mulheres/mães atendidas em serviços primários à saúde

Estudos empíricos, conduzidos com amostras identificadas em serviços de atendimento psiquiátrico, têm mostrado que a depressão materna está intimamente ligada à presença de dificuldades comportamentais para as crianças em idade escolar. Contudo, poucos estudos têm sido conduzidos no contexto de cuidados primários à saúde, destacando-se como tal, o estudo de Weissman et al. (2004) que detectou a associação entre depressão materna e problemas de comportamento dos filhos.

Os programas de atenção primária são freqüentemente apontados como favorecedores à identificação precoce de problemas de saúde mental materna e infantil favorecendo práticas preventivas (BEARDSLEE et al., 2003). Destaca-se tal relevância especialmente para as crianças em idade escolar, por constituírem a maior parte da clientela encaminhada para atendimento psicológico em serviços públicos de saúde (TOLAN et al., 1995) e para as mulheres/mães dado o impacto de tal psicopatologia para a vida cotidiana das mesmas.

Nesse contexto, se insere a relevância deste estudo ao se propor a caracterizar e comparar o perfil demográfico e clínico apresentado por mulheres/mães, identificadas na atenção primária à saúde. Para tal utilizou-se um instrumento de rastreamento de sinais e sintomas de depressão (PHQ-9) e uma entrevista clínica estruturada (SCID) para a confirmação diagnóstica. Com base em tal identificação das mulheres/mães, procedeu-se a caracterização e comparação do perfil comportamental de seus filhos.

Constatou-se que das 185 mulheres/mães avaliadas, 60 foram identificadas (32,4%) com transtorno depressivo, 117 (63,2%) sem história psiquiátrica e oito (4,3%) com outros transtornos psiquiátricos e/ou comorbidades orgânicas. Estas

taxas são próximas às encontradas por Weissman et al. (2004), em estudo semelhante, realizado nos EUA em centro de atenção primária com a utilização do mesmo instrumento de rastreamento, onde detectaram 25% de mães com transtorno depressivo, 56% sem nenhuma desordem e 19% das mães com diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos. Destaca-se a identificação de uma porcentagem menor de outros transtornos psiquiátricos, contudo, tal amostra não foi abordada diretamente neste estudo, o que dificulta analisar tal dado.

Observa-se ainda que a alta taxa de depressão em mulheres/mães, encontrada no presente estudo, mostrou-se concordante com outros estudos recentes, com amostras não clínicas, que utilizaram outros instrumentos de rastreamento da depressão, como os de Swartz et al. (2005) e Rishel et al. (2006). Os referidos autores, por meio do BDI (Inventário de Depressão de Beck), utilizando a SCID para confirmação diagnóstica, encontraram taxas respectivamente de 25 e 34% de mães com transtorno depressivo, identificadas em centros comunitários de saúde mental infantil. Tais dados dão sustentação à observação de Câmara (2004) ao se referir à importância da adaptação e validação do PHQ-9 para o nosso meio, destacando a relevância do uso de instrumentos de rastreamento de saúde mental na atenção primária à saúde.

No Brasil, Lima (1999) em estudo de revisão sobre a epidemiologia e o impacto social da depressão nas últimas duas décadas, observou que a prevalência da Depressão Maior bem como de outros transtornos depressivos é bastante alta na população geral, independentemente do local onde a pesquisa foi conduzida, do tipo de instrumento diagnóstico utilizado e dos períodos de tempo para os quais a prevalência se aplica, sendo ainda tal transtorno mais comum entre as mulheres.

Analisando-se o perfil demográfico das mães, no presente estudo, não foram encontradas diferenças significativas ao se compararem os grupos de mães com depressão e mães sem história psiquiátrica. Dessa forma, variáveis demográficas não se mostraram associadas à incidência de depressão materna na amostra estudada, constituída, portanto, em ambos os grupos, por mães predominantemente de baixa escolaridade, casadas/união consensual, de baixo status sócio econômico e com médias de idades semelhantes. Características relativas ao baixo status econômico e cultural foram também apontadas por Elgar et al. (2004), com base em uma revisão bibliográfica sobre a depressão materna e problemas comportamentais nas crianças, como um perfil predominante nos estudos com amostras não identificadas em serviços de saúde mental. Em concordância com os referidos autores, ressalta-se a importância de se realizar estudos em contextos culturais diversos e com amostras de diferentes perfis socioeconômicos, visando uma maior generalização dos dados, já que a maioria dos estudos identificados na literatura foram realizados com amostras pertencentes à população de baixo status sócio econômico.

Outro aspecto a ser abordado diz respeito à gravidade da depressão no momento da avaliação. Identificou-se neste estudo que dentre as 60 mães com diagnóstico de depressão, 18 (30 %) apresentaram indicadores de depressão severa e 42 (70 %) apresentaram indicadores de depressão moderada com confirmação diagnóstica por meio da SCID. Os achados de estudos populacionais sugerem que maior atenção deve ser dada a transtornos depressivos de menor gravidade e duração, já que essas condições também se associam à incapacidade e prejuízo social, além de se constituir como condições de risco para o desenvolvimento de transtornos depressivos mais graves e severos (LIMA, 1999).

Tal dado se reveste de importância dada as implicações para o desenvolvimento infantil. A gravidade e cronicidade da sintomatologia apresentadas pelas mães, segundo Garber e Little (1999) e Cummings (1995), parecem potencializar os efeitos da depressão sobre o desenvolvimento infantil, podendo interferir inclusive na maneira como as mães informam sobre o comportamento de seus filhos. De forma concordante, Petterson e Albers (2001) verificaram que mães em que a depressão passou de seis meses de duração tendiam a ser menos responsivas nas interações com seus filhos que aquelas cuja depressão durou menos tempo.

Ao se analisar o impacto da depressão para o funcionamento diário, os resultados indicaram que as mães depressivas em comparação às mães sem história psiquiátrica descreveram maior prejuízo. Por meio do PHQ-9, verificou-se que mães depressivas quando comparadas às mães sem história psiquiátrica, relataram menos interesse e prazer em realizar as tarefas diárias, sentindo-se deprimidas e sem perspectivas, quase todos os dias; relataram ainda, com maior frequência, mais dificuldades relativas ao sono e alimentação; menor capacidade de concentração e atenção; mais problemas relativos à baixa auto-estima e pensamentos de morte.

Tais achados chamam a atenção para a diversidade de áreas afetadas pela depressão tal como enfatizado pela Organização Mundial da Saúde (2005) quanto aos indicadores de disfunção e sofrimento associados à depressão, expressos pelo declínio na qualidade de vida e no funcionamento laborativo. Baseando-se em estudo sobre o impacto das doenças globais, a O.M.S. confere à depressão o quarto lugar entre as doenças de maior AVAD (anos de vida perdidos por morte prematura

e por “descapacidade”), estimando que em 2020, esta se posicione em segundo lugar, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares.

De modo semelhante, Fleck et al. (2002) com base em estudo sobre a associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde, reforçam tal afirmativa apontando que a sintomatologia depressiva tem uma alta associação com pior funcionamento diário e social e maior utilização de recursos de saúde em pacientes de cuidados primários. Dessa forma, além dos custos individuais e sociais, deve-se também considerar o alto custo econômico acarretado pela presença da depressão, como os referentes diretamente à patologia com diagnóstico e tratamento e os indiretos com a perda da produtividade no trabalho e mortalidade por suicídio.

Outro aspecto a ser discutido diz respeito à alta taxa de mulheres depressivas identificadas na atenção primária que não estavam recebendo tratamento especializado. Observou-se que, das 60 mães diagnosticadas com depressão, apenas 15% relataram já ter realizado algum tratamento prévio psicológico e/ou psiquiátrico e no momento do estudo não estavam em atendimento.

Com base em estudos com amostras semelhantes, realizados com usuárias de serviços de atenção primária, Mcgrath et al. (1990) e Swartz et al. (2005) afirmaram que menos da metade de todas as mulheres que apresentaram sinais de depressão receberam previamente tratamento especializado. Verificou-se, portanto, que apesar da evidente escassez no oferecimento e procura por tratamentos especializados nos estudos referidos, realizados em países desenvolvidos, aproximadamente a metade das mães relatou já ter realizado tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Pode-se considerar que tal dado, possivelmente guarda especificidade com a amostra estudada, do ponto de vista de condições sócio

culturais e de oferta de atendimento de saúde. Nesse sentido, os dados desse estudo assemelham-se mais com os relatados no estudo de Weissman et al. (2006), que encontraram uma prevalência de 22% de mães com depressão, que já receberam algum tipo de ajuda especializada, sendo a amostra composta por mulheres pertencentes predominantemente a minorias hispânicas e afro descendentes dos Estados Unidos, identificadas na atenção primária.

Tais dados colocam em evidência que em geral, os usuários de serviços primários, como são nas Unidades Básicas de Saúde, possuem pouco acesso ao conhecimento sobre riscos e prevenção em concordância com Mari et al. (1993), que afirmaram que a maioria dos casos que têm o contato com profissionais da saúde são mal diagnosticados e mal monitorados. Os referidos autores relataram, com base em estudo de prevalência realizado no Brasil, que apenas um em vinte casos psiquiátricos, presentes na atenção primária, é encaminhado para serviços especializados. De forma semelhante, com base em estudos conduzidos em outros países, tem-se que até 50% dos casos de depressão não são identificados clinicamente em atenção primária, e quando se realiza o diagnóstico, é freqüente a realização de tratamentos inadequados, tanto na atenção primária quanto em serviços especializados (KELLER, 2001; SIMON, 2002). Tais achados dão suporte e compreensão para o achado do presente estudo que identificou uma alta taxa de mulheres/mães com depressão, sem tratamento especializado, identificadas na atenção primária para os propósitos do estudo, mas não reconhecidas para os propósitos da assistência à saúde tal como se propõe a atenção primária enquanto a principal porta de entrada da comunidade aos serviços de saúde.

Uma possível dificuldade encontrada pela equipe de saúde pode estar no fato de que pacientes com transtornos depressivos geralmente apresentam além das

queixas emocionais, várias queixas somáticas. Simon et al. (1999) verificaram que 85% dos pacientes com depressão que procuram atendimento em serviços de atenção primária preenchem critérios para diagnóstico de transtorno depressivo com sintomas somáticos. Kroenke et al. (1994) observaram que quanto maior o número de queixas físicas, maior a chance da presença de um transtorno de humor, sendo que cerca de 30% dos pacientes com depressão apresentam sintomas somáticos durante pelo o menos cinco anos antes do diagnóstico e tratamento adequado.

Além de ser prevalente e subdiagnosticada, a depressão tem um impacto considerável e amplo na vida do paciente que não se restringe apenas à sintomatologia em si. Há evidências relatadas que os pacientes depressivos utilizam os serviços médicos com maior frequência, quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico, sendo a depressão a terceira principal causa de consultas na atenção primária à saúde (JOHNSON et al., 1992; WITTCHEN et al., 1994). Com sentido semelhante, Souetre et al (1994) demonstraram que pacientes em cuidados primários, com problemas emocionais, fazem mais exames laboratoriais do que os sem problemas emocionais.

No Brasil, Fleck et al. (2002) observaram, em estudo realizado em contexto primário à saúde, que os pacientes com mais sintomas depressivos eram os mais reincidentes nos serviços de saúde e que permaneciam mais tempo internados. No presente estudo, de forma assistemática, observou-se uma grande recorrência das pacientes avaliadas na Unidade Básica de Saúde, buscando atendimentos para dificuldades clínicas diversas. O contato com a recorrência foi observado também pelo extenso número de retornos médicos agendados na unidade em comparação ao número de casos novos. Neste cenário, em concordância com Lima (1999), ressalta-se que a alta taxa de utilização de serviços de saúde pelas pessoas que

sofrem de depressão, sugere a necessidade de uma atenção especial no planejamento de uma política de saúde que considere tais condições.

Ao se tentar analisar tal dado, uma possível justificativa pode estar no fato de que, no Brasil, é recente a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde, estando esta implantação ainda em processo de consolidação nos serviços públicos municipais. Neste cenário, duas prováveis dificuldades encontradas pelos profissionais da atenção primária estão no fato de existirem poucos instrumentos validados e adaptados ao nosso meio que permitam uma detecção precoce de transtornos psiquiátricos e outra possivelmente, diz respeito à necessidade de qualificação e atualização profissional para tal detecção precoce, de modo a atender à grande demanda de usuários nos serviços primários de saúde.

No que se refere à qualificação profissional, a Declaração de Caracas (BRASIL, 2004), faz uma orientação explícita para que sejam realizados investimentos na troca de saberes, na articulação e integração dos serviços especializados e daqueles que compõem a rede básica de assistência à saúde. De forma concordante e mais específica, Angelini (2007) ressalta que a tarefa de inclusão da saúde mental na rede de Atenção Básica ganha dimensões diferenciadas, pois implica em dupla repercussão. Por um lado, o hospital psiquiátrico e o asilamento deixaram de ser o eixo central da atenção psiquiátrica e por outro, propõe-se que os serviços comunitários passem a ser o principal meio para se obter atendimento. Nesse sentido, há a necessidade de uma apropriação pelos profissionais de saúde e da comunidade em geral do novo conceito de saúde/doença mental propostos no bojo das reformas sanitária e psiquiátrica.

Tendo em conta tais argumentações e em concordância com Vázquez e Torres (2005), no momento atual, a prevenção da depressão constitui-se em uma

estratégia sanitária prioritária, considerando-se a magnitude epidemiológica dessa patologia, sua especial tendência à cronicidade, o alto índice de comorbidade e o alto custo pessoal, social e econômico que implica.

Ressalta-se com base em dados empíricos que a constatação da alta taxa de depressão na atenção primária coloca em evidência ainda, a questão que os transtornos mentais não têm recebido a devida atenção e espaço nos programas do contexto primário à saúde, sendo necessária a capacitação das equipes nessa área de atuação, de modo a favorecer a implantação de protocolos de avaliação, que visem à identificação precoce de indicadores de saúde mental materno e infantil, como forma de instrumentar práticas preventivas.

5.2. A identificação de dificuldades comportamentais em crianças que convivem com a depressão materna

O contexto familiar pode ser visto tanto como uma das principais fontes de proteção para lidar com as adversidades e dificuldades adaptativas, quanto como um importante fator de risco que pode influenciar negativamente o desenvolvimento das crianças em idade escolar, favorecendo a presença de dificuldades comportamentais.

No presente estudo, teve-se por objetivo a identificação de crianças em risco para transtornos comportamentais a partir de um instrumento de rastreamento, o SDQ, tendo por fonte de informação o relato materno. Observou-se que dentre todas as crianças avaliadas, quase a metade (46,3%) apresentou problemas comportamentais. Taxa semelhante foi encontrada por Ferrioli et al. (2007), em

estudo com mesmo instrumento, desenvolvido em contexto primário de saúde, relatando a taxa de 31% de crianças com dificuldades.

Ao se comparar o grupo de crianças filhas de mães com depressão (G1) com o grupo de crianças filhas de mães sem história psiquiátrica (G2), verificou-se que as crianças do G1 foram apontadas como tendo mais dificuldade de comportamento do que as crianças do grupo de comparação. Observou-se um predomínio de crianças com problemas comportamentais (63,3%) no grupo de crianças que convivem com a depressão materna (G1) e o oposto foi observado para o grupo de mães sem história psiquiátrica (G2), com o predomínio de crianças sem problemas de comportamento (62,4%), confirmando a hipótese da depressão materna como condição de adversidade, favorecedora de problemas comportamentais para as crianças em idade escolar. Destaca-se que as crianças do G1 apresentaram 2,8 vezes mais chances de terem problemas comportamentais quando comparadas às do G2.

Estas altas taxas de problemas comportamentais estão em concordância com as verificadas em outros estudos, com uma estimativa de 41 a 77% de problemas comportamentais em crianças que convivem com a depressão materna, tendo por suporte o estudo de Elgar et al. (2004), com base em uma extensa revisão bibliográfica sobre a influência da depressão materna no surgimento de problemas comportamentais nas crianças. Beardslee et al. (1983) e Cummings e Davies (1999), em estudos empíricos, estimaram uma taxa de 40 a 45% de problemas psiquiátricos em crianças que convivem com a depressão materna, com destaque à forte associação entre depressão materna e a presença de problemas comportamentais.

Ao se analisar esses dados do presente estudo, pode-se pensar que tais crianças estão sendo vistas por suas mães como apresentando dificuldades

adaptativas, com possíveis dificuldades de socialização e adaptação que se expressam também na vida acadêmica, o que é fundamental para um desenvolvimento saudável nessa etapa da vida das crianças. Neste contexto, Essex et al. (2006), com base em estudo longitudinal, realizado em serviço de atenção primária, com amostra não clínica, verificaram que a exposição a fatores de risco em geral ocorre mais cedo e de forma mais severa em famílias de baixo status sócio econômico, sendo que as crianças filhas de mães com depressão sofrem uma maior exposição ao estresse crônico da mãe. Observaram que estas crianças, em comparação às do grupo controle, apresentaram maiores problemas relativos à regulação emocional na fase pré-escolar, com dificuldades sociais e acadêmicas durante a fase escolar e o risco aumentado para o desenvolvimento de sintomas emocionais mais graves no início da adolescência.

Mian (2005), em nosso meio, com base em estudo empírico de comparação entre grupos de crianças que convivem com a depressão materna em relação a crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica, constatou que uma maior porcentagem de mães com história de depressão identificou a necessidade de cuidados especializados, psicológico ou psiquiátrico para seus filhos, caracterizando assim a percepção de que seus filhos estão enfrentando dificuldades. Este dado é concordante com o relatado por Weissman e Jensen (2002), que identificaram que as crianças filhas de mulheres com depressão tendem a apresentarem maiores índices de busca por tratamento para problemas psicológicos, quando comparadas com crianças filhas de pais sem história psiquiátrica.

Outros estudos empíricos, como os de Garber e Little (1999) e Najman et al. (2001) identificaram a presença de problemas internalizantes e externalizantes em crianças filhas de mães com depressão, bem como a presença de déficits

importantes em relação à competência social e acadêmica, com prejuízo nos níveis de funcionamento e de altos níveis de busca por tratamento para problemas somáticos e psiquiátricos.

Ao relatarem a associação da depressão materna a problemas comportamentais dos filhos, aspectos diversos têm sido ressaltados como possíveis fatores explicativos. Weinberg e Tronick, (1998) e Goodman e Gotlib (1999) referem que as manifestações próprias do quadro depressivo materno como irritabilidade, desânimo e apatia, acabam por influenciar na qualidade do vínculo que a mãe estabelece com a criança, comprometendo a interação e o funcionamento emocional e social da criança. Outro ponto referido diz respeito às dificuldades de aprendizagem da regulação emocional e de normas sociais por parte dos filhos de mães depressivas, atribuídas a essas serem menos responsivas aos estados emocionais e ao afeto de seus filhos (SILK et al., 2006) e por apresentarem pouca energia para a colocação de limites para os filhos (GROSS, 1994).

Um outro ponto a ser destacado diz respeito à influência mútua da depressão materna e os problemas comportamentais nas crianças, tendo por suporte o estudo de Weissman et al. (2006) que relataram que o tratamento efetivo das mães com depressão surtia efeito direto na melhora de sintomas das crianças. Os autores verificaram que a melhora dos sintomas depressivos das mães mostrou-se significativamente associada com a redução dos sintomas e dos problemas comportamentais das crianças após controle das variáveis demográficas, das características clínicas da depressão e do status de tratamento da criança. Por outro lado, ao controlarem as variáveis das mães, verificaram que a melhora das crianças também surtiu efeito positivo para as mães, concluindo que a diminuição dos

sintomas comportamentais das crianças está diretamente relacionada ao grau de remissão dos sintomas e melhora da mãe, e vice versa.

A influência mútua das dificuldades comportamentais de crianças e mães foi também relatada por Ferreira (2000) que verificou que crianças com problemas de comportamento podem ser consideradas uma fonte de estresse para a família. Referiu uma tendência das mães dessas crianças a relatarem mais problemas comportamentais, provavelmente devido ao temperamento difícil da criança, o que acabaria por mobilizar a família para suas dificuldades; ou ainda por estas mães estarem sob condição de estresse maior, o que afetaria o seu estado emocional e, conseqüentemente, a sua percepção sobre o comportamento do filho.

Frente a esses apontamentos, pode-se pensar que a depressão materna pode ter um impacto negativo para o desenvolvimento infantil e de modo semelhante os problemas de comportamento das crianças podem também ser considerados uma fonte de estresse para a mãe e para a família, tornando a interação mãe-criança, para ambas, um círculo vicioso de risco e estresse.

Ressalta-se ainda, que a identificação dos problemas comportamentais das crianças teve por base exclusivamente o relato das mães, devendo-se considerar o aporte já relatado em estudos como os de Luoma et al. (2001) e Najman et al. (2001) que já demonstraram que mães deprimidas, por perceberem os seus filhos como mais difíceis e problemáticos, acabam relatando mais problemas de comportamento do que o fazem as próprias crianças, seus professores ou outros observadores independentes da criança. Estudos de comparação entre grupos de mães com depressão e mães sem história psiquiátrica, ao avaliarem os relatos das mães, professores e das próprias crianças, verificaram um aumento significativo no relato de problemas comportamentais atribuídos às crianças, principalmente

relativos aos problemas totais, problemas de conduta e hiperatividade quando as mães com depressão eram as informantes (BOYLE; PICKLES, 1997; NAJMAN et al., 2001; HAY; PAWLBY, 2003; MOWBRAY; OYSEMAN, 2005). Dado o delineamento adotado no presente estudo, que teve as mães como informantes exclusivas, não foi possível comparar outras percepções sobre o comportamento das crianças.

Dentro destes limites, ressalta-se com base nos dados em análise, que a depressão materna foi por si só preditora de problemas comportamentais para as crianças do G1, visto que ao se analisar o peso das variáveis demográficas relativas às mães e crianças não se observou diferenças significativas na análise intragrupo. No grupo de mães sem transtornos psiquiátricos, os problemas comportamentais foram mais relatados pelas mães de baixa escolaridade (72,7%), sendo esta a única variável demográfica que apresentou valores estatisticamente significativos nas comparações intragrupais, podendo-se relacionar o relato de problemas comportamentais das crianças com a baixa escolaridade das mães. Destaca-se dessa forma, que outros fatores do ambiente familiar além da psicopatologia da mãe precisam ser considerados ao se avaliar problemas comportamentais das crianças, o que chama atenção para a complexidade de tais associações.

Estes achados vão ao encontro do proposto por Bifulco et al. (2002) que apontaram uma maior prevalência de desordens comportamentais em famílias de baixa renda e baixa escolaridade, sendo esta estimativa quatro vezes maior quando da comparação com crianças de maior status socioeconômico e cultural (43% vs. 11%). Sob esta perspectiva, Dodge et al. (1994) referiram-se ao baixo status socioeconômico quase sempre associado à baixa escolaridade da mãe, como um dos fatores de risco contextuais mais evidentes para problemas comportamentais,

especialmente para os problemas de conduta na idade escolar e adolescência. Em estudo realizado no Brasil, Santos et al. (2005), ao avaliarem a prevalência de transtornos mentais em um conjunto de cuidadoras associando-a a fatores sócio-ambientais, verificaram que um melhor nível de saúde mental estava diretamente relacionado à maior escolaridade das cuidadoras, com repercussões nas práticas de cuidado infantil.

No presente estudo, os problemas externalizantes foram os mais relatados para todas as crianças avaliadas, independente do status de saúde mental da mãe. Ao se comparar os grupos, dentre os problemas comportamentais avaliados, ressaltam-se os problemas de conduta significativamente mais relatados para crianças filhas de mães com depressão. E ainda, a depressão materna foi também preditora deste tipo de patologia, verificando-se que o grupo de crianças filhas de mães com depressão (G1) apresentaram 1,9 vezes mais de chances de apresentarem problemas de conduta quando comparadas às crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica.

Johnston e Mash (2001) com base em uma revisão da literatura relataram que a psicopatologia dos pais, em especial a depressão materna, tem sido apontada como preditora de problemas de conduta em escolares. Segundo os referidos autores, a literatura tem demonstrado que são comuns estes problemas externalizantes antecederem as dificuldades escolares e serem exacerbadas por estas, principalmente quando dificuldades interpessoais já estão presentes nessa fase, tornando-se maior o risco de persistência dos problemas. Tal afirmativa tem sentido semelhante aos apontamentos de Mrazek e Haggerly (1994) que referiram os problemas externalizantes como os mais persistentes na idade escolar e os precursores de muitas disfunções psicossociais futuras.

Quanto a outras variáveis ambientais, verificou-se que o relato de problemas de conduta para as crianças do G1 pôde também ser explicado pelo estado civil das mães. Das 19 mães de G1 separadas/desquitadas ou solteiras, 14 (73,7%) referiram mais problemas de conduta. Achados semelhantes foram relatados por McMunn et al. (2001) que constataram, com a utilização do mesmo instrumento usado no presente estudo (SDQ), uma alta taxa de problemas comportamentais em crianças de famílias monoparentais femininas, com baixa renda e baixa escolaridade.

Nas famílias que têm como cuidadores principais a mãe e companheiro, podendo ser o pai biológico da criança ou não, as mães relataram menos problemas de conduta no que diz respeito às crianças filhas de mães com depressão. Para compreender tal dado toma-se por referência a afirmativa de Bee (2003), que aponta que as famílias monoparentais tendem a apresentar nível sócio econômico mais baixo, o que diminui os recursos disponíveis para as crianças, aumenta o nível de estresse da mãe podendo diminuir a possibilidade das crianças receberem o apoio necessário para um desenvolvimento saudável. No estudo em questão, dada a ausência de diferenças quanto ao nível sócio econômico destaca-se que possivelmente, a percepção de apoio dada pela presença do companheiro pode estar minimizando os riscos.

Mrazek e Haggerty (1994) ao analisarem condições de vulnerabilidade ao desenvolvimento infantil, apontaram que a discórdia conjugal severa, a desvantagem socioeconômica e o transtorno mental na mãe configuram-se como fatores de risco para problemas de comportamento externalizantes, como os transtornos de conduta e hiperatividade em crianças na idade escolar. De modo semelhante, com base em dados empíricos, Drabick et al. (2006) em estudo sobre fatores de risco para problemas de conduta e sintomas depressivos em crianças ucranianas na idade

escolar, verificaram que os problemas de conduta foram correlacionados positivamente com a depressão materna, com as práticas punitivas severas e com a insatisfação conjugal, principalmente para os meninos.

Analisando-se os dados do grupo de crianças filhas de mães depressivas (G1), observou-se mais relatos de problemas de conduta para as crianças do sexo masculino, com idade entre nove e 12 anos, cursando séries iniciais, o que difere do observado para o grupo de crianças que convivem com mães sem história psiquiátrica (G2), para as quais os problemas de conduta foram mais relatados para crianças do sexo feminino, mais velhas e cursando séries iniciais.

Observou-se ainda, um grande número de crianças mais velhas cursando séries iniciais, o que possivelmente decorre de atraso escolar, refletindo assim uma provável dificuldade dessas crianças no âmbito escolar, o que não foi sistematicamente avaliado. Sob o ponto de vista da psicopatologia do desenvolvimento, no presente estudo constatou-se que a convivência da criança com a depressão materna está configurando-se como um fator de risco em potencial ao desenvolvimento infantil, uma vez que está desfavorecendo o cumprimento das tarefas de socialização e de desempenho acadêmico, consideradas as tarefas típicas de desenvolvimento nesse período, segundo LINDAHL, (1988) e SAMEROFF; FIESE, (2005).

Quanto ao gênero, o achado desse estudo contraria a tendência observada na literatura, que refere que os problemas de conduta são mais relatados para meninos, tanto por mães depressivas quanto por mães saudáveis, sendo os problemas internalizantes os mais frequentes para as meninas (ELGAR et al., 2004). Segundo Crick e Zahn-Waxler (2003), garotos evidenciam mais problemas de externalização que garotas na idade escolar, porém as garotas que apresentam

problemas semelhantes de externalização demonstram maior probabilidade de terem problemas de internalização nas fases posteriores do desenvolvimento (ANGOLD et al., 2002). Em concordância com tal afirmativa, estimativas sugerem que 10% das crianças do sexo feminino de dez a 12 anos preenchem os critérios diagnósticos para desordem de conduta, sendo que três quartos destas garotas desenvolverão transtornos depressivos na adolescência e fase adulta (PAJER, 1998; MOFFITI et al., 2001).

Uma possível justificativa para a alta taxa de crianças com transtorno de conduta no grupo de mães com depressão pode estar relacionada às manifestações próprias do quadro depressivo que interfere no modo como as mães estabelecem limites e regras, o que dificulta as práticas educativas mais positivas e o cuidado parental. Segundo Rutter (1989), o comportamento parental pode ser entendido como o conjunto de cuidados prestados à criança, visando proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da mesma, responder ao seu desconforto, às interações sociais, aos pedidos, aos comportamentos disruptivos, bem como às dificuldades interpessoais. A presença da depressão materna pode prejudicar os cuidados prestados à criança o que se expressa por baixa sensibilidade e responsividade às solicitações e necessidades da mesma, por pouca colaboração na resolução de problemas, no lidar com as adversidades e na aplicação de práticas disciplinares (CHRONIS et al., 2007; BURT et al., 2005; CHI; HINSHAW, 2002).

Lovejoy et al. (2000) e Herwig et al. (2004) discutem que o cuidado parental pode ser visto como um fator de risco quando associado à depressão materna, referindo-se às crianças que estão expostas à depressão por um maior período de tempo como mais vulneráveis a experienciar uma parentalidade aversiva e

inadequada por parte das mães. Nesse sentido, destaca-se o estudo de Petterson e Albers (2001) que mostrou que as mães deprimidas apresentam mais dificuldades nos cuidados com os filhos, por apresentarem comportamentos caracterizados como menos responsivos, menos exigentes e mais hostis na interação com seus filhos em comparação às mães não deprimidas, favorecendo a presença de problemas de conduta, déficit de atenção e hiperatividade nas crianças em idade escolar.

RUZZI-PEREIRA (2007) comparando práticas parentais de mulheres/mães portadoras de transtorno mental com díades mãe-filho saudáveis constatou que a doença mental influencia negativamente as ações cotidianas de cuidados maternos.

Outra questão a ser discutida diz respeito à escala de sintomas emocionais na qual se verificou nos dois grupos, a maior porcentagem de crianças com problemas (65,0%). No presente estudo, portanto, a depressão materna, por si só, não foi preditora de problemas emocionais, visto que para as crianças filhas de mães sem história psiquiátrica também foram relatados taxa elevada de problemas emocionais, sugerindo que possivelmente outros fatores de risco podem estar concorrendo para tal perfil. Segundo Vasey e Ollendick (2000), além da presença da depressão materna, os sintomas emocionais também têm sido associados a outros fatores como exposição precoce a ambientes com acúmulo de eventos de vida adversos, e outras condições demográficas, como o status econômico e as famílias monoparentais. No presente estudo, não foram avaliados outros estressores além da depressão materna, e do ponto de vista demográfico, para os dois grupos predominou um baixo status, sem diferença significativa.

A análise dos dados do presente estudo, tendo por fonte a atenção primária à saúde, referindo uma amostra de mães e crianças que não estavam buscando ajuda para problemas de saúde mental, chama a atenção para a necessidade de práticas

preventivas, sustentadas pela aplicação de procedimentos sistemáticos de indicadores comportamentais de risco. Neste sentido, outros estudos vêm enfatizando a necessidade de se considerar práticas preventivas para crianças filhas de mães com depressão (BEARSDSLEE et al., 2003; HOLLON et al., 2002), principalmente pela evidência de que problemas de comportamento não tratados na fase escolar aumentam o risco para os problemas de saúde mental na adolescência e fase adulta, incluindo o abuso de drogas e as desordens psiquiátricas (REYNO; McGRATH, 2006).

Considera-se desse modo, que a identificação sistemática e precoce de escolares, com indicadores de problemas comportamentais, pode ser essencial para o atendimento primário à saúde mental das crianças, especialmente quando essas estão expostas à convivência com a depressão materna.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, dentre as 185 mulheres/mães avaliadas no contexto de atenção primária à saúde pelo PHQ-9, foram identificadas 32,4% com diagnóstico de depressão confirmado pela SCID, 63,2% sem história psiquiátrica e 4,3% com outros transtornos psiquiátricos e/ou comorbidades orgânicas. Considera-se que tal taxa é elevada e sugestiva da necessidade de práticas preventivas, por tratar-se de uma amostra da comunidade.

Com relação às crianças observou-se, com base no relato materno, tendo por suporte o SDQ, que 46,3% das crianças apresentaram indicadores de problemas comportamentais. Ao se comparar os grupos, observou-se um maior predomínio de crianças com problemas comportamentais (63,3%) no grupo de crianças filhas de mães com depressão em relação ao grupo de comparação composto por crianças filhas de mães sem história psiquiátrica. Destaca-se, com base nesses dados, que um número elevado de crianças foi identificado com dificuldades comportamentais independente da condição de convivência com a depressão materna, contudo tal condição favoreceu a presença de mais problemas comportamentais para as crianças em idade escolar, configurando-se como um fator de risco ao desenvolvimento infantil.

Ao se analisar os aspectos metodológicos, alguns limites do estudo precisam ser apontados. Dentre tais limitações coloca-se a pouca diversidade de fontes de informação, pois utilizou-se apenas a mãe como fonte de informação para os problemas comportamentais das crianças e a literatura tem apontado a importância de se utilizar múltiplos informantes, como professores e as próprias crianças. Outro limite a ser apontado está no fato de os dados terem sido colhidos em apenas uma Unidade Básica de Saúde, o que se restringe a generalização dos resultados para outros centros de atenção primária. Destaca-se também como limite o delineamento

de pesquisa transversal, o qual não permite verificar a seqüência temporal da associação entre as variáveis investigadas.

Tais constatações apontam para a necessidade de novos estudos que abordem a diversidade de condições que podem potencializar as dificuldades ou favorecer a ação de mecanismos de proteção, tendo por suporte outros informantes além das mães e outros centros de atenção à saúde.

Considera-se como a principal contribuição do estudo a demonstração da possibilidade de uso de instrumentos de rastreamento no contexto de atenção primária à saúde. Ao utilizar instrumentos de fácil aplicação como o PHQ-9 e o SDQ, que respectivamente permitiram a identificação de mães e crianças com problemas de saúde mental, o presente estudo contribuiu para a identificação de pessoas em risco, demonstrando a necessidade de sistematizar tal avaliação e de oferecer formação às equipes de saúde. Tais medidas se revestem de importância dada a relevância das práticas preventivas tendo como foco a identificação precoce de mães com depressão e de crianças com dificuldades comportamentais, dado o impacto negativo destas condições para a saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, B. P.; KOGOS, J.; YOUNGSTROM, E.; SCHOFF, K.; IZARD, C. Family instability and the problem behaviors of children from economically disadvantaged families. **Developmental Psychology**, v. 35, n.1, p.258-268, 1999.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **Br J Psychiatry**. v.171, p. 524-9, 1997.

ANGELINI, C. **Os sentidos construídos acerca do portador de transtorno mental grave por uma equipe de saúde da família na cidade de Araraquara-SP**. 2007. 135 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, 2007.

ANGOLD, A., FARMER, E.M., FAIRBANK, J.A., BURNS, B.J., KEELER, G.P., COSTELLO, E.J. Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. **Archives of General Psychiatry**.v.59, p.893–901, 2002.

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

BEARDSLEE, W.R.; GLADSTONE, T.R.G.; WRIGHT, E.J.; COOPER, A.B. A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. **J Pediatrics**, v. 112, p.119-131, 2003.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Tradução: M.A.V. Veronese. 9° edição, Porto Alegre, Artes Médicas, 2003.

BIFULCO, R. **Can whole-school reform improve the productivity of urban schools? The evidence on three models**. 2002. In C. Roellke & J. K. Rice (Eds.), Fiscal policy in urban education: A volume in research in education fiscal policy and practice (pp. 11-35). Greenwich, CT: Information Age Publishing. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 471 163).

BOYLE, M.H.; PICKLES, A. R. Influence of maternal depressive symptoms on ratings of childhood behavior. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 25, n. 5, p. 399-412, 1997.

_____. Strategies to manipulate reliability: impact on statistical associations. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.37, n.10, p.1077-84, 1998.

BUCHANAN, A. & FLOURI, E. 'Recovery' after age 7 from 'externalising' behaviour problems: The role of risk and protective clusters. **Children and Youth Services Review**, v. 23, n.12, p. 899-914, 2001.

BURNS, B.J. et al. Children's Mental Health Service Use Across Service Sectors. **Health Affairs**, v.14, p.147-159,1995.

BURT, K.B. et al. Mediating links between maternal depression and offspring psychopathology: The importance of independent data. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 46, n. 5, p. 490-9, May , 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**. In: Legislação em Saúde Mental. 1990-2002. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRÊDA, M.Z; ROSA, W.A.G; PEREIRA, M.A.O; SCATENA , M.C.M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.13, n.3,p. 450-2, maio-junho, 2005.

CÂMARA, F.P. PHQ: Questionário breve para detectar as cinco condições psiquiátricas mais prevalentes em serviços de atenção primária à saúde. **Psychiatry On-line Brazil**. v. 9 Outubro, 2004.

CAMPOS, C.;SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.621-628, 2003.

CUMMINGS, E. M. Security, Emotionality and Parental Depression: a commentary. **Developmental Psychology**, v. 31, n. 3, p. 425-427, 1995.

CHI, T.C.; HINSHAW, S.P. Mother-Child of Children with ADHD: The Role of Maternal Depressive Symptoms and Depression- Related Distortions. **J Abnorm Child Psychol**, v. 30, n.4, p. 387-400, Aug, 2002.

CHRONIS, A.M. et al. Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. **Dev Psychol**, v. 43, n.1, p. 70-82, Jan, 2007.

COSTA-NETO, M.M. (org). **A Implantação da Unidade de saúde da família**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento de Atenção Básica. 2000.

CRICK, N. R., & ZAHN-WAXLER, C. The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. **Development and Psychopathology**, v. 15, p. 719–742, 2003.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health**. v. 94, n.11, p.1864-74, 2004.

CUMMINGS, E. M.; DAVIES, P. T. (1999). **Depressed parents and family functioning: Interpersonal effects and children's functioning and development**. In T. Joiner & J. C. COYNE (eds.). The interactional nature of depression (pp. 299–327). Washington, DC: American Psychological Association.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DEL-BEN, C.M.; VILELA, J.A.A; CRIPPA, J.A.S; HALLAK, J.E.C.; LABATE, C.M.; ZUARDI, A.W. Confiabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica traduzida para o português. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p.156-159, 2001.

DE ANTONI, C. & KOLLER, S. H. Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. **Psico**. v. 31, n. 1, p. 39-66, 2000.

DELL'AGLIO, D. D. **O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes**. Tese de Doutorado Não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível: www.psicologia.ufrgs.br. 2000.

DENHAM, S. A., WORKMAN, E., COLE, P. M., WEISSBROD, D., KENDZIORA, W. T. & ZAHN-WAXLER, C. Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. **Development and Psychopathology**, v.12, p. 23-45, 2000.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): perfil profissional e perspectiva de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Tese de doutorado, UFRJ, 1998.

DODGE, D. M.; PETTIT, G.S.; BATES, J. E. Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. **Child Development**, v. 65, p. 649-665, 1994.

DRABICK, D.A.G., BEAUCHAINE, T.P., GADOW, K.D., CARLSON, G.A. , BROMET, E.J. Risk Factors for Conduct Problems and Depressive Symptoms in a Cohort of Ukrainian Children. **J Clin Child Adolesc Psychol.** v. 35, n.2, p. 244-252, Jun, 2006.

ECKENRODE, J. & GORE, S. **Context and process in research on risk and resilience.** In: N. Garmezy, R. J. Haggerty, M. Rutter & L. Sherrod (Orgs.), Stress, risk and resilience in children and adolescents (pp. 19-63). Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

EGELAND, B., KALKOSKE, M., GOTTESMAN, N. & ERICKSON, M. F. Preschool behavior problems: Stability and factors accounting for change. **Journal of Child Psychology and Psychiatry,** v. 31, p. 891-909, 1990.

ELGAR, F.J.; MCGRATH, P.J., WASCHBUSCH, D.A., STEWART, S.H., CURTIS, L.J. Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. **Clin Psychol Rev.** v. 24, p. 441- 459, 2004.

ENSMINGER, M.E., HANSON, S.G., RILEY, A.W., JUON, H.S. Maternal psychological distress: adult sons' and daughters' mental health and educational attainment. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.**v. 42, n.9, p.1108-15, Sep, 2003.

ESCOREL, S., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M., SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.** v. 21, n.2, 2007.

ESSEX, M.J. et al. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. **Arch Gen Psychiatry.**v. 63, n.11.p.1246-56 , Nov, 2006.

ERIKSON, E. **Identidade, Juventude e Crise.** Rio de Janeiro: Zahar , 1976.

FERREIRA, M. C. T. **Crianças com problemas de comportamento associados à dificuldade de aprendizagem – um estudo do ambiente familiar.** 2000. Dissertação (Mestrado- Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Educação). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

FERRIOLLI, S.H.T.; MARTURANO, E.M., PUNTEL, L.P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública.**v. 41, n. 2, p. 251-9, Maio, 2007.

FERRIOLLI, S.H.T. **Indicadores de Risco e Proteção ao Desenvolvimento do Escolar: Crianças e famílias Atendidas em um Programa de Atenção Primária e Saúde da Família**. 2006. 163 p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n.4, p. 431-8 431; 2002.

FLEITLICH-BILYK, B., GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**.v.43, p.728-34, 2004.

FLEITLICH, B., CORTAZAR, P.G. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). **Infanto ver. Neuropsiquiatr. Infanc. Adolesc**.v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000.

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

GRAHAM, C.A.; EASTERBROOKS, M.A. School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology: the role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk. **Development and Psychopathology**, v. 12, n. 2, p.201-13, 2000.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n.61, p. 177-90, 2006.

GOLDBERG, D., MANN, A e TYLEE, A. **Primary Care**. In: Thornicroft G e Szukler G (eds). **Textbook of Community Psychiatry**. Avon (UK): Oxford University Press; 2001.

GOODMAN, S.H., GOTLIB, I.H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. **Psychol Rev**.v.106, p. 458– 490, 1999.

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

GRAHAM, P. Psychology and the health of children. **Journal Child Psychology and Psychiatry**, v.26, n.3, p. 333-347, 1985.

GROSS, A. **Children of the Mentally III**. In: JOHNSON, B. S.(ed.) Child, adolescent and family psychiatric nursing, Philadelphia: Lippincott Company: 1994. Cap. 8, p. 101-113.

HAMMEN C; BRENNAN PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. **Arch Gen Psychiatry**; v. 60, n. 3, p.253-8, Mar, 2003.

HAY, D.F., PAWLBY, S. Prosocial development in relation to children's and mothers' psychological problems. **Child Dev**.v. 74, n.5, p. 1314- 27, Sep-Oct, 2003.

HAWLEY, D. & DEHAAN, L. Toward a definition of family resilience: Integrating life span and family. **Family Process**,v. 35, p. 283-298, 1996.

HINSHAW, S. P. Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. **Psychological Bulletin**, v.111, p.127-155, 1992.

HOLLON, S. D., HAMAN, K. L. & BROWN, L. L. **Cognitive-behavioral treatment of depression**. 2002. In *Handbook of Depression* (eds I. H. Gotlib & C. L. Hammen), pp. 383-403, New York: Guilford Press

HUTZ, C.S.; KOLLER, S.H.;BANDEIRA, D.R. **Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situações de risco**. Coletâneas da ANPEPP, v.1, n.12, p. 79-86, 1996.

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

JOHNSON, J; WEISSMAN, M.M.; KLERMAN, G.L. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. **JAMA**, v. 267, p. 1478-83, 1992.

JOHNSTON, C., MASH, E. J. Families of children with attention- deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 4, p.183-207, 2001.

JOORMANN, J., TALBOT, L., GOTLIB, I.H. Biased Processing of Emotional Information in Girls at Risk for Depression. **J Abnorm Psychol.** v. 116, n.1, p.135-143, Feb, 2007.

KELLER, M.B. Long-term treatment of recurrent and chronic depression. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62 (Suppl. 24), p. 3-5, 2001.

KIM-COHEN, J., CASPI, A., RUTTER, M., TOMAS, M.P., MOFFITT, T.E. The Caregiving Environments Provided to Children by Depressed Mothers With or Without an Antisocial History. **Am J Psychiatry.** v.163, n.6, p. 1009-18, Jun, 2006.

KOVACS, M., GOLDSTON, D., GATSONIS, C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** v. 32, p. 8 – 20, 1993.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. **J Gen Intern Med** , v 16, p. 606-613, 2001.

LAUCH, M.; ESSER, G.; SCHMIDT, M.H. Vulnerability and resilience in the development of children at risk: the role of early mother-child interaction. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n.1, p.20-27, 2002.

LEAF, P.J. et.al. Mental Health Service Use in the Community and Schools: Results from the four-community MECA study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** v.35, p. 889-897, 1996.

LEECH, S.L., LARKBY, C.A., DAY, R., DAY, N.L. Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.**v. 45, n.2, p. 223-230, Feb, 2006.

LITSIOS, S. The Long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. **Int J Health Serv.** V. 32, n. 4, p. 709-32, 2002.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. **Rev Bras Psiquiatr.** 21:1-5, 1999.

LINDAHL, N. Z. Personalidade humana e cultura: Aplicações educacionais da teoria de Erikson. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 69, n.163, p.492-509, 1988.

LOCHMAN, J. E. *et al.* Screening of child behavior problems for prevention programs at school entry. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 63 n.4, pp. 549-559, 1995.

LOVEJOY, M. C.; GRACZYK, P. A.; O'HARE, E.; NEUMAN, G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, 20, 561-592, 2000.

LUOMA, I. *et al.* Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 40, n.12, p.1367-74, 2001.

MAKRI-BOTSARI, E, MAKRI, E. Maternal employment: Effects on her mental health and children's functional status. **Psychol Stud**.v. 48, n.1, p. 36-46, Jan, 2003.

MALCARNE, V.L. *et al.* Correlates of distress in children at risk for affective disorder: exploring predictors in the offspring of depressed and nondepressed mothers. **Journal of Affective Disorders**, v.59, n.3, p.243-51, 2000.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; **Epidemiologia dos Transtornos Mentais**. In: MARI, J.J.; RAZZOUK, K.D.; PERES, M.F.T.; DEL PORTO, J.A. (orgs). Guia de Medicina Ambulatorial e hospitalar. 1º ed. UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manoele, 2002.

MARI, J. J.; IACOPONI, I.E.; WILLIAMS, P.; SIMÕES, O. e SILVA, J.B.T. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n.6, p.501-7, 1987.

MARI, J. J. e STREINER, D.L. The Management of minor affective disorders in the general practice setting: A critical review of therapeutic interventions. **The Malaysian Journal of Psychiatry**; v. 2, n.1, p.18-37, 1994.

MARI, J. J.; ALMEIDA, N.; COUTINHO, E.; ANDREOLI, S. B.; MIRANDA, C. T. e STREINER, D. L. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. **Psychological Medicine**, v.23, p.467-74, 1993.

McCARTY, C.A., McMAHON, R.J. Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. **J Fam Psychol**. v.17, n.4, p. 545-56, Dec, 2003.

McMUNN, A. M.; NAZROO, J. Y.; MARMOT, M.G.; BOREHAM, R.; GOODMAN, R. Children's emotional and behavioral well-being and the family environment: findings from Health Survey for England. **Social Science e Medicine**, v.53, p.423-440, 2001.

McGRATH, E.; KEITA, G.P.; STICKLAND, B. R. E RUSSO, N.F. **Women and depression: Risk factors and treatment issues**. Washington, DC: American Psychological Association, 1990.

MENDES, A.V.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A. Depressão materna e saúde mental de escolares: uma revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**. (no prelo), 2008.

MIAN, L. **Comportamento, autopercepções e ambiente familiar de crianças que convivem com a depressão materna**. 2005. 113 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Declaração de Caracas**. In: Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental. 1990-2002. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

MILLER, M. Relevance of resilience to individuals with learning disabilities. **International Journal of Disability, Development and Education**, v. 43, n. 3, p.255-269, 1996.

MOFFITT, T.E., CASPI, A., RUTTER, M., SILVA P. **Sex differences in Antisocial Behaviour**. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2001.

MOWBRAY, C.T., LEWANDOWSKI, L, BYBEE, D, OYSERMAN, D. Relationship between Maternal Clinical Factors and Mother- Reported Child Problems. **Community Ment Health J**. v. 41, n.6, p. 687-704, Dec, 2005.

MRAZEK, P., HAGGERTY, R.J. **Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research**. Comitee on prevention of mental disorders. Washington (DC): National Academy Press; 1994.

MURRAY, L., WOOLGAR, M., MARTINS, C., CHRISTAKI, A., HIPWELL, A., COOPER, P. Conversations around homework: Links to parental mental health, family characteristics and child psychological functioning. **Br J Dev Psychol**. v.24, n.1, p. 125-149, Mar, 2006.

NAJMAN, J.M. et al. Bias influencing maternal reports of child behavior and emotional state. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.36, n.4, p.186-94, 2001.

OLIVEIRA, E. A. Modelos de risco na Psicologia do Desenvolvimento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 14, n. 1, p. 19-26, 1998.

OLSON, S.L.; BATES, J.E.; SANDY, J.M., LANTHIER, R. Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 28, p.119-133, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Macroeconomia e Saúde: Investimento em Saúde para o Desenvolvimento Econômico**. OMS, 210 p., 2001. Disponível no endereço <http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ficha descritiva – Depressão. 2005. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

OSÓRIO, F., MENDES, A.V., LOUREIRO, S.R., CRIPPA, J.A. 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**. (no prelo), 2008.

PAJER, K.A. What happens to “bad” girls? A review of the adult outcomes of antisocial adolescent girls. **Am J Psychiatry**. v. 155, p. 862-870, 1998.

PETTERSON, S.M.; ALBERS, A.B. Effects of poverty and maternal depression on early child development. **Child Dev**, v. 72, n.6, p.1794-813, Nov-Dec, 2001.

PILOWSKY, D.J. et al. Children of Currently Depressed Mothers: A STAR*D Ancillary Study. **J Clin Psychiatry**.v. 67, n.1, p. 126-136, Jan, 2006.

POLETTI, M.; WAGNER, T. M. C; KOLLER, S.H. Resiliência e Desenvolvimento Infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. **Psicologia:Teoria e Pesquisa**. Vol.20, n.3. p.241-250, Set-Dez , 2004.

REYNO, S. M.; MCGRATH, P. J. Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problem—a meta-analytic review. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 47, p. 99–111, 2006.

RISHEL, C.W. et al. Impact of Maternal Mental Health Status on Child Mental Health Treatment Outcome. **Community Ment Health J.**v. 42, n. 1, p. 1-12, Feb, 2006.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização: uma outra via**, p. 17-59, 1990. In NICÁCIO, M. F. Desinstitucionalização. Hucitec, São Paulo.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Orthopsychiatric Association, Inc.**, v. 57, n.3, p. 316-331, 1987.

_____. Pathways from childhood to adult life. **Journal of Psychology and Psychiatry**, v.30, p.23-51, 1989.

RUZZI-PEREIRA, A. **Doença mental maternal: ações de *parenting* e suporte social**. 2007. 109 p. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2007.

SAMEROFF A. J.; FIESE B. H. (2005). **Models of development and developmental risk**. In C. H. Zeanah, Jr., **Handbook of Infant Mental Health**. (pp. 3 – 19). Springer, New York.

SANTOS, M.A. Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 42, p.79-94, 1990.

SANTOS, D. N. et al. Mental disorders prevalence among female caregivers of children in a cohort study in Salvador, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n.2, p.111-7, 2005.

SOUETRE, E; LOZET, H; CIMAROSTI, I; MARTIN, P. Cost of anxiety disorder: impact of co-morbidity. **J Psychosom Res**, v. 38, p.151-60, 1994

SILK, J.S., SHAW, D.S., SKUBAN, E.M., OLAND, A.A., KOVACS, M. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. **J Child Psychol Psychiatry**.v. 47, n. 1, p. 69-78, Jan, 2006.

SIMON, G. Evidence review: efficacy and effectiveness of treatment in primary care. **General Hospital Psychiatry**, v. 24, p. 213-224, 2002.

SIMON, G.E., VONKORFF, M., PICCINELLI, M., FULLERTON, C. ORMEL, J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. **N Engl J Med**, v. 341; p. 1329-1335; 1999.

SPITZER, R.L, WILLIAMS, J.B, KROENKE, K., LINZER, M., DEGRUY, F.V, HAHN , S.R., BRODY, D., JOHNSON, J.G. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 Study. **J. Am. Med. Assoc.** v. 272: p. 1749-1756, 1994.

SPITZER, R.L., KROENKE, K., WILLIAMS, J.B.W. The Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. **J. Am. Med. Assoc.** v. 282, p. 1737– 1744, 1999.

SWARTZ, H.A. et al. Depression and anxiety among mothers who bring their children to a pediatric mental health clinic. **Psychiatr Serv.**v. 56, n. 9, p.1077-83, Sep, 2005.

TOLAN, P. H.; KENDALL, P. C.; GUERRA, N.G. Introduction to special section: prediction and prevention of antisocial behavior in children and adolescent. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.63, n.4, p.515-517, 1995.

USTUN, T.B. **The Primary Care Setting- prevalence, advantages, challenges.** In: Jenkins R e Ustun TB (eds). Preventing Mental Illness: Mental health promotion in Primary care. Chichester (England): John Wiley & Sons Ltd; 1998.

USTUN, T.B. et al. **Conclusions.** In: Ustun TB and Sartorius N (eds). Mental illness in general health care: an international study. Chichester (England): John Wiley & Sons Ltd; p 371-76, 1995.

VASEY, M. W., & OLLENDICK, T. H. **Anxiety.** 2000. In M. Lewis and A. Sameroff (Eds.), Handbook of developmental psychopathology ,2nd ed., p. 511-529. New York: Plenum.

VAZQUEZ-BARQUERO, J.L., HERRAN, A. e SIMON, J.A. **Epidemiology of mental disorders in the community and primary care.** In: Transella M and Thornicroft G (eds). Common Mental Disorders Primary Care. London (UK) : Routledge;. p 03-16, 1999.

VÁZQUEZ , F.L.; TORRES, A. Prevención del Comienzo de la Depresión Estado actual y desafíos futuros. **Boletín de Psicología**, No. 83, Marzo, 21-44, 2005.

WEISSMAN, M.M. et.al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. **Arch Gen Psychiatric**, v.62, p. 29-36, 2005.

WEISSMAN, M..M. et al. Remissions in Maternal Depression and Child Psychopathology: A STAR*D-Child Report. **JAMA.** v. 295, n. 12, p.1389-98, Mar, 2006.

WEISSMAN, M. M. & JENSEN, P. What Research Suggests for Depressed Women With Children. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 63, n. 7, p. 641-647, 2002.

WEISSMAN , M.M. ; FEDER, A.; PILOWSKY, D. J.; OLFSON, M; FUENTES, M.; BLANCO, C.; LANTIGUA, R.; GAMEROFF, M. J.; SHEA, S. Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children . **Journal of Affective Disorders**, v. 94, n. 78, p.93–100, 2004.

WEINBERG, M.K.; TRONICK, E.Z. **The impact of maternal psychiatric illness on infant development.** *Journal of Clinical Psychiatry*; v.59, Suppl 2, p.53-61, 1998.

WITTCHEN, H.U.; KNAUPER, B.; KESSLER, R.C. Lifetime risk of depression. **British Journal of Psychiatry**, v. 26, p. 16-22, 1994.

YOUNGSTROM, E., LOEBER, R. & STOUTHAMNER-LOEBER, M. Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent rating of externalizing and internalizing problems. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 68, p.1038-1050, 2000.

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

APÊNDICE A – Questionário complementar**QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR**

1) Nome: _____

2) Idade: _____ 3) Estado Civil: _____

4) Grau de Instrução: _____

5) Endereço residencial: _____

6) Telefone(s): _____

7) Renda familiar: _____

8) Possui

Televisão em cores	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Videocassete	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Rádio	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Banheiro	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Automóvel	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Empregada mensal	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Aspirador de pó	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Geladeira	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Freezer	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

9) Grau de Instrução do chefe da família (caso não seja a mãe)

Analfabeto/Primário incompleto	<input type="checkbox"/>
Primário completo/Ginásial incompleto	<input type="checkbox"/>
Ginásial completo/Colegial incompleto	<input type="checkbox"/>
Colegial completo/Superior incompleto	<input type="checkbox"/>
Superior completo	<input type="checkbox"/>

10) Você está fazendo ou já fez tratamentos psiquiátricos? sim não

11) Usa algum medicamento de uso contínuo? sim não

Qual? _____

12) Composição Familiar: _____

13) Tem filhos biológicos? () **sim** () **não**

14) Quantos? Idade? _____

15) Alguma das suas crianças já teve problemas emocionais, já teve crise nervosa?
() **sim** () **não**

Descreva (caso tenha respondido que sim):

16) Você sente que alguma das suas crianças precisa de tratamento para dificuldades emocionais e não foi encaminhado, ou está recebendo tratamento psicológico ou psiquiátrico?
() **sim** () **não**

17) No último mês, como tem sido o seu relacionamento com os seus filhos? (perguntar especificamente a respeito das crianças apontadas com problema)

18) Com relação ao (nome da criança)

Escolaridade: _____ Período que estuda: _____

Nome da Escola atual: _____

19) Este seu filho/a apresenta alguma deficiência sensorial ou física aparente? () **sim** () **não**

Qual? (caso tenha respondido que sim)

22) Qual o melhor horário para eu voltar a falar com você?

APÊNDICE B – Treinamento dos colaboradores e estudo-piloto

1° etapa: Apresentação do projeto e discussão dos objetivos.

2° etapa: Estudo dos principais conceitos teóricos e apresentação do método e instrumentos.

3° etapa: Treinamento para a aplicação dos instrumentos – aplicação dos colaboradores entre si, sob supervisão.

4° etapa: Planejamento do estudo piloto: metas e cronograma.

5° etapa: Estudo Piloto (pré-teste):

1° dia: No local da pesquisa, uma dupla de colaboradores assistiu a pesquisadora recrutar as participantes e realizar a avaliação.

Posteriormente, a dupla realizou uma avaliação, sob supervisão.

Realizaram anotações sobre o n° de usuárias/dia.

2° dia: O mesmo trabalho foi realizado com uma segunda dupla.

Ajustes quanto ao local da aplicação. Optou-se por ser na própria sala de espera, pois participantes temiam não ouvir a chamada do médico para a consulta.

Anotações sobre o n° de usuárias/dia

3° dia: Cada colaborador realizou as avaliações individualmente, sob supervisão.

Proposição e introdução de protocolo para o controle de avaliações realizadas e n° de atendimentos médicos por dia.

Treinamento dos colaboradores para a correção dos instrumentos.

4° dia: Simulação de um dia de coleta comum para ajuste de tempo e cálculo de avaliações realizadas em um dia.

Cronometragem do tempo de avaliação por pessoa.

Proposição e introdução de protocolo para arquivar os resultados das avaliações.

5° dia: Revisão das etapas prévias.

Discussão relativa à seqüência e tempo previsto para as atividades.

Estabelecimento de metas e do cronograma de coleta.

Ao longo de toda a coleta mantiveram-se reuniões regulares diárias visando o acompanhamento e manutenção das etapas estabelecidas.

APÊNDICE C – Tabela 12 – Distribuição das freqüências dos escores totais do PHQ-9 nos grupos G1 e G2

PHQ-9 Escore total	G1	G2
0	----	26
1	----	21
2	----	17
3	----	9
4	----	11
5	----	8
6	----	8
7	----	5
8	----	4
9	----	6
10	----	----
11	6	1
12	6	1
13	3	----
14	3	----
15	6	----
16	4	----
17	3	----
18	6	----
19	5	----
20	6	----
21	2	----
22	3	----
23	3	----
24	4	----
TOTAL	60	117

G1= crianças cujas mães têm diagnóstico de depressão

G2= crianças cujas mães não têm diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos psiquiátricos

APÊNDICE D – Tabela 13 – Distribuição dos itens do SDQ em função do escore médio, desvio-padrão e porcentagem dos escores na amostra total.

ITEM	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ESCORES (%)*		
			F	+ ou -	V
1- Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	1,82	0,512	5,6	6,8	87,6
2- Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer, mexe-se muito, esbarrando e derrubando coisas.	1,03	0,953	43,5	9,6	46,9
3- Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.	1,05	0,900	37,9	19,2	42,9
4- Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis com outras crianças.	1,59	0,734	14,7	11,9	73,4
5- Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	0,90	0,860	42,4	25,4	32,2
6- É solitário, prefere brincar sozinho.	0,55	0,865	69,5	5,6	24,9
7- Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	0,69	0,767	49,2	32,2	18,6
8- Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	1,05	0,931	40,7	13,6	45,8
9- Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal.	1,81	0,530	6,2	6,8	87,0
10- Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	1,04	0,956	43,5	9,0	47,5
11- Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	0,38	0,746	77,4	6,8	15,8
12- Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	0,71	0,881	57,6	14,1	28,2
13- Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso.	0,84	0,899	49,7	16,9	33,3
14- Em geral é querido por outras crianças	0,25	0,599	83,6	7,9	8,5
15- Facilmente perde a concentração	1,24	0,919	32,8	10,2	57,1
16- Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez facilmente perde a confiança em si mesmo	1,19	0,932	35,6	10,2	54,2
17- É gentil com crianças mais novas	1,72	0,621	9,0	10,2	80,8
18- Frequentemente engana ou mente	0,80	0,862	49,2	22,0	28,8
19- Outras crianças pegam no pé ou atormentam-no	0,94	0,948	48,0	10,2	41,8
20- Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	1,60	0,724	14,1	11,3	74,6
21- Pensa nas coisas antes de fazê-las	0,96	0,894	41,8	20,3	37,9
22- Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	0,18	0,512	87,6	6,8	5,6

23- Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	0,73	0,895	57,1	13,0	29,9
24- Tem muitos medos, assusta-se facilmente.	1,10	0,940	39,5	11,3	49,2
25- Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	0,75	0,890	55,4	14,7	29,9

APÊNDICE E – Tabela 14 – Distribuição dos itens do SDQ em função do escore médio, desvio-padrão e porcentagem dos escores no G2

ITEM	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ESCORES (%)*		
			F	+ ou -	V
1- Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	1,79	0,550	6,8	6,8	86,3
2- Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer, mexe-se muito, esbarrando e derrubando coisas.	0,99	0,960	46,2	8,5	45,3
3- Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.	0,97	0,880	40,2	23,1	36,8
4- Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis com outras crianças.	1,68	0,652	10,3	11,1	78,6
5- Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	0,79	0,836	47,0	26,5	26,5
6- É solitário, prefere brincar sozinho.	0,51	0,847	71,8	5,1	23,1
7- Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	0,66	0,745	50,4	33,3	16,2
8- Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	1,01	0,951	44,4	10,3	45,3
9- Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal.	1,80	0,529	6,0	7,7	86,3
10- Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	0,94	0,950	47,9	10,3	41,9
11- Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	0,38	0,729	76,1	9,4	14,5
12- Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	0,68	0,877	59,0	13,7	27,4
13- Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso.	0,78	0,901	53,8	14,5	31,6
14- Em geral é querido por outras crianças	0,22	0,574	85,5	6,8	7,7
15- Facilmente perde a concentração	1,23	0,932	34,2	8,5	57,3
16- Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez facilmente perde a confiança em si mesmo	1,09	0,938	39,3	12,0	48,7
17- É gentil com crianças mais novas	1,72	0,614	8,5	11,1	80,3
18- Frequentemente engana ou mente	0,76	0,858	51,3	21,4	27,4
19- Outras crianças pegam no pé ou atormentam-no	0,83	0,931	53,0	11,1	35,9
20- Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	1,67	0,670	11,1	11,1	77,8
21- Pensa nas coisas antes de fazê-las	0,93	0,907	44,4	17,9	37,6
22- Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	0,15	0,460	89,7	6,0	4,3

23- Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	0,62	0,858	62,4	12,8	24,8
24- Tem muitos medos, assusta-se facilmente.	1,01	0,933	42,7	13,7	43,6
25- Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	0,77	0,904	54,7	13,7	31,6

APÊNDICE F – Tabela 15 – Distribuição dos itens do SDQ em função do escore médio, desvio-padrão e porcentagem dos escores no G1

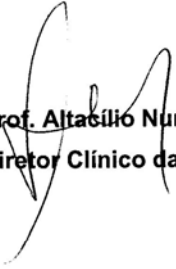
ITEM	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ESCORES (%)*		
			F	+ ou -	V
1- Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	1,87	0,430	3,3	6,7	90,0
2- Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer, mexe-se muito, esbarrando e derrubando coisas.	1,12	0,940	38,3	11,7	50,0
3- Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.	1,22	0,922	33,3	11,7	55,0
4- Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis com outras crianças.	1,40	0,848	23,3	13,3	63,3
5- Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	1,10	0,877	33,3	23,3	43,3
6- É solitário, prefere brincar sozinho.	0,63	0,901	65,0	6,7	28,3
7- Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	0,77	0,810	46,7	30,0	23,3
8- Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	1,13	0,892	33,3	20,0	46,7
9- Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal.	1,82	0,537	6,7	5,0	88,3
10- Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	1,23	0,945	35,0	6,7	58,3
11- Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	0,38	0,783	80,0	1,7	18,3
12- Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	0,75	0,895	55,0	15,0	30,0
13- Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso.	0,95	0,891	41,7	21,7	36,7
14- Em geral é querido por outras crianças	0,30	0,646	80,0	10,0	10,0
15- Facilmente perde a concentração	1,27	0,899	30,0	13,3	56,7
16- Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez facilmente perde a confiança em si mesmo	1,37	0,901	28,3	6,7	65,0
17- É gentil com crianças mais novas	1,72	0,640	10,0	8,3	81,7
18- Frequentemente engana ou mente	0,87	0,873	45,0	23,3	31,7
19- Outras crianças pegam no pé ou atormentam-no	1,15	0,954	38,3	8,3	53,3
20- Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	1,48	0,813	20,0	11,7	68,3
21- Pensa nas coisas antes de fazê-las	1,02	0,873	36,7	25,0	38,3
22- Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	0,25	0,600	83,3	8,3	8,3

23- Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	0,93	0,936	46,7	13,3	40,0
24- Tem muitos medos, assusta-se facilmente.	1,27	0,936	33,3	6,7	60,0
25- Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	0,70	0,869	56,7	16,7	26,7

ANEXO A – Autorização para realização da pesquisa na Unidade Básica de Saúde

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada **“Cuidados Primários à Saúde: Depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar”**, nas dependências da Unidade Básica de Saúde “George Chirée Jardim, da Universidade de Uberaba, pela aluna de Mestrado, Ana Vilela Mendes Fontoura.

Uberaba, 09 de maio de 2006



Prof. Altacílio Nunes
Diretor Clínico da UBS

ANEXO B - Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE -9 72883				
(Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ 0 _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
<p>Se você assinalou <u>qualquer</u> um dos problemas, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?</p> <p style="text-align: center;"> Nenhuma dificuldade Alguma dificuldade Muita dificuldade Extrema dificuldade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>				
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 C - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (SDQ)**SDQ -POR - QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES**
*(Adaptação de Goodman, 1999)***INSTRUMENTO A SER APLICADO COM OS PAIS****Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)**

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freqüentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É solitário, prefere brincar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freqüentemente briga com outras crianças ou as amedronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freqüentemente parece triste, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral é querido por outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perde a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É gentil com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freqüentemente engana ou mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras crianças pegam no pé ou atormentam-no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freqüentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de fazê-las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ANEXO D - Documento de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Uberaba-MG**Comitê de Ética em Pesquisa**

CEP-098/06

Uberaba, 22 de junho de 2006

Ilm^a. Professora
Ana Vilela Mendes Fontoura


Assunto: Encaminha parecer 0041/06-CEP-UNIUBE sobre o protocolo de Cuidados primários à Saúde: Depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar" – CAAE nº 0039.0.227.000-06.

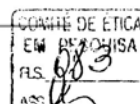
Prezada Professora

Em resposta a sua solicitação, informo que o protocolo acima referido foi submetido à avaliação do CEP-UNIUBE na reunião de 13/06/06, tendo sido tendo sido **aprovado**.

Na oportunidade gostaria de lembrá-la sobre o disposto no item VII.13, letra d da Resolução 196/96, relativo a necessidade de enviar a este Comitê, um relatório anual para o acompanhamento do desenvolvimento do projeto.

Atenciosamente,


Prof. João Eduardo Caixeta Ribeiro
Coordenador do CEP-UNIUBE



ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você, usuária da Unidade Básica de Saúde George Chiré Jardim, do bairro Alfredo Freire, Uberaba-MG e está sendo convidada, juntamente com seu filho(a) a participar do estudo *Cuidados Primários à Saúde: Depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar*. O objetivo deste estudo é verificar no contexto do sistema primário de saúde, as associações entre saúde mental materna e os aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais dos filhos em idade escolar visando à identificação precoce de crianças que precisam de ajuda psicológica. A participação é voluntária e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao seu atendimento. Caso vocês participem, serão convidados a responderem algumas avaliações em forma de questionários e entrevista em uma única sessão de aproximadamente uma hora. Quanto ao seu filho, solicitamos a autorização para avaliá-lo na escola em que estuda, para tal já contamos com a concordância dos diretores das escolas: Escola Estadual Henrique Kruger e Escola Municipal Profa. Stella Chaves. Caso ele não estude nestas escolas, podemos avaliá-lo em sua casa. A participação de cada criança é voluntária e consistirá de uma sessão individual de avaliações de aproximadamente 40 minutos, onde a criança responderá a um teste psicológico de avaliação de inteligência e a um questionário que avalia aspectos emocionais. Não será feito, com você ou com seu filho, nenhum procedimento que lhes traga qualquer desconforto ou risco à vida.

Pela participação no estudo, vocês não receberão qualquer valor em dinheiro, mas terão a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome e o do seu filho(a) não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois serão identificados apenas com um número. Você poderá ter todas as informações que quiser, inclusive poderá ter a devolutiva dos dados na medida do seu interesse.

Nas situações em que parecer necessário o encaminhamento para a rede de saúde, oferecer-se-á orientação para tal, e na medida do seu interesse estamos disponíveis para apresentar-lhe os dados da sua avaliação e do seu filho.

Comprometemo-nos com a divulgação científica das informações colhidas e assumimos a responsabilidade por qualquer ônus que a participação no estudo possa acarretar.

Qualquer dúvida que você tenha poderá entrar em contato conosco.

Ana Vilela Mendes
Psicóloga – CRP 23551
Telefone: (34) 9196-6622

Dra. Sonia Regina Loureiro
Psicóloga – CRP 06/0347
Telefone: (016) 3602-2416

Ana Vilela Mendes
Pesquisadora responsável- CRP 23551

Dra. Sonia Regina Loureiro
Pesquisadora orientadora-CRP 06/0347

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
RG _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e quais procedimentos meu filho(a) e eu seremos submetidos. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação e de meu filho (a) a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não nos afetará. Sei que nosso nome não será divulgado, que não teremos despesas e não receberemos dinheiro por participarmos do estudo. Eu concordo em participar do estudo e autorizo a participação de meu filho (a) _____
_____. Autorizo e estou ciente de que as avaliações com meu filho (a) serão realizadas na escola em que ele (a) estuda, sem que tenha prejuízos na sua rotina escolar, ou em nossa residência dependendo da nossa disponibilidade de horário.

Uberaba,//.....

Assinatura da voluntária

ANEXO F - Artigo Científico aceito para publicação – Revista de Psiquiatria Clínica**Carta de Aceite**

De: revpsiq@usp.br
Data: quarta-feira, 9 de abril de 2008 12:43
Para: anavilela2@terra.com.br
Assunto: ms aceito

Revista de Psiquiatria Clínica

Ilma Sra.
Dra. Ana Mendes

Prezada Dra. Mendes,

Tenho o prazer de informar-lhe que o manuscrito: Depressão Materna e a saúde Mental de Escolares, foi aceito para publicação e sairá em um dos próximos números da Revista de Psiquiatria Clínica.

Informamos também que as normas das Referencias Bibliográficas foram alteradas, e a partir deste ano passará para o padrão Vancouver, portanto as mesmas deverão ser adequadas no texto original. Caso já tenha efetuado a mudança favor desconsiderar este aviso.

Com os cumprimentos cordiais,

Prof. Dr. Wagner F. Gattaz
Editor Chefe

Sandra Lucia Picchiotti
Assistente Editorial
Departamento de Psiquiatria
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo
Fone: (11)3069.7654
Celular: (11)9971.8348

Revisão da Literatura

Depressão materna e a saúde mental de escolares: uma revisão

Maternal depression and school-age mental health: a review

Ana Vilela Mendes¹, Sonia Regina Loureiro², José Alexandre S. Crippa²

¹ Pós-graduanda em Saúde Mental pelo Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

² Professor(a) Doutor(a) da FMRP-USP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Recebido: 13/02/2008 — Aceito: 09/04/2008

Endereço para correspondência: Ana Vilela Mendes. Rua Dr. Avelino Inácio de Oliveira, 433 — Jd. Induberaba — 38040-130 — Uberaba, MG. E-mail: anavilela2@terra.com.br

Resumo

Contexto: A depressão materna tem sido apontada como uma condição pouco favorecedora ao desenvolvimento infantil, mostrando-se associada a dificuldades emocionais e comportamentais. **Objetivos:** Identificar e analisar na literatura indexada artigos que abordem o impacto da depressão materna para as crianças em idade escolar. **Métodos:** Procedeu-se à pesquisa nos indexadores Medline, Lilacs, Scielo, Index Psi, Psyc Info, considerando a produção dos últimos cinco anos (2002-2007). Foram identificados e analisados 30 artigos empíricos. **Resultados:** Observou-se distribuição semelhante quanto aos delineamentos longitudinais e transversais, características das amostras e formas de avaliação. As coletas de dados foram realizadas em contextos diversos com uma variedade de recursos e informantes. Depressão materna associou-se a dificuldades apresentadas pelas crianças, tais como problemas comportamentais, sintomas depressivos, prejuízos

cognitivos e sociais, independentemente do momento de primeira exposição à depressão materna e dos delineamentos adotados, sendo o prejuízo potencializado na presença de comorbidades psiquiátricas. **Conclusões:** A depressão materna configurou-se como fator de risco ao desenvolvimento infantil, com impacto negativo para as crianças em idade escolar. Do ponto de vista da saúde mental, considera-se relevante maior atenção às crianças que convivem com tal condição, visando à detecção precoce das eventuais dificuldades como forma de instrumentar práticas preventivas.

Mendes AV, et al. / Rev Psiq Clín. 2008

Palavras-chaves: Depressão materna, crianças, comportamento, saúde mental.

Abstract

Background: Maternal depression has been identified as a possibly harmful condition for child development, showing to be associated with emotional and behavioral difficulties. **Objectives:** To identify and analyze articles in the indexed literature addressing the impact of maternal depression for school-age children. **Methods:** The procedure was made via the electronic databases Medline, Lilacs, Scielo, Index Psi, and Psyc Info, considering the production of the last five years (2002-2007). Thirty empirical articles were identified and analyzed. **Results:** In the overall analysis, there was a similar distribution regarding the studies' design, characteristics of the samples and forms of assessment. Data collections were performed in different contexts with a variety of resources and informants. Maternal depression was linked to difficulties faced by children such as behavioral problems, depressive symptoms, and cognitive and social impairments, regardless of the time of first exposure to maternal depression and designs adopted. Such impairments were intensified by the presence of comorbidities. **Discussion:** Maternal depression

was configured as a risk factor for child development with a negative impact on school-age children. In terms of mental health, greater attention to children living side by side with this condition seems to be relevant, aimed at the early detection of any difficulties as a way to implement preventive practices.

Mendes AV, et al. / Rev Psiq Clín. 2008

Key-words: Maternal depression, children, behavior, mental health.

Introdução

A magnitude epidemiológica dos transtornos mentais das populações no mundo é preocupante, apontando para um número de 50 milhões de pessoas afetadas pela depressão, sendo considerada um dos transtornos mentais mais incapacitantes em razão da duração, recorrência e multiplicidade de indicadores de disfunção e sofrimento¹.

No Brasil, levantamentos epidemiológicos populacionais apontam para uma prevalência de transtornos mentais aproximada de 30% na população adulta, no período de um ano, e 20% destes precisariam de atenção especializada em serviços de saúde mental, ou seja, um em cada cinco adultos com algum tipo de transtorno mental necessita de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico². Os transtornos psiquiátricos, segundo Almeida-Filho *et al.*³, são mais freqüentes na população feminina, aumentam com a idade e predominam no estrato de baixa renda, e os transtornos depressivos estão entre os transtornos psiquiátricos mais freqüentes nessa população⁴.

A depressão atinge de 10% a 20% das mulheres pelo menos uma vez na vida e aproximadamente para um terço dessas mulheres persistem os sintomas

depressivos por toda a vida⁵. Diversos estudos mostram que a depressão materna está associada a fatores não favorecedores do desenvolvimento infantil, como dificuldades cognitivas, comportamentais e emocionais⁶⁻⁹. Dessa forma, problemas de saúde mental na infância podem prejudicar o desenvolvimento da criança e estar associados a risco de transtornos psicossociais na vida adulta.

Dada a relevância da depressão materna como uma condição de vulnerabilidade para o desenvolvimento infantil, a presente revisão objetiva identificar e analisar estudos empíricos, publicados em periódicos indexados, no período de 2002 a 2007, sobre a temática depressão materna e saúde mental de crianças em idade escolar.

Métodos

Procedeu-se a uma busca sistemática, nas bases de dados *Medline*, *Lilacs*, *Scielo*, *Index Psi*, *Psyc Info*, por meio da palavra-chave: *maternal depression* e seu correspondente em português. Após esse procedimento, refinou-se a busca aplicando o termo *school-age* (escolar). Procedeu-se à leitura dos resumos dos artigos identificados. Como critérios iniciais de inclusão, adotaram-se os idiomas inglês, português e espanhol, a população de humanos e, como idade, 6 a 12 anos, escolares. A opção por essa faixa etária deveu-se à identificação de um maior número de estudos com amostras com tal característica demográfica.

Com base nesse levantamento bibliográfico foram identificados e analisados 30 artigos empíricos. Para a finalidade da análise, procedeu-se à categorização das informações quanto aos aspectos dos delineamentos adotados, os principais achados e seu significado para a saúde mental das crianças.

Resultados

Características principais dos delineamentos adotados

Nos 30 estudos analisados, observou-se que as amostras variaram de 30 a 1.106 duplas, mãe-criança (mediana = 151), e as crianças foram avaliadas predominantemente em idade escolar, com uma variação de 4 a 17 anos de idade.

No geral, os estudos adotaram delineamentos de pesquisa quantitativa, sendo 17 estudos prospectivos longitudinais (56,7%) e 13 transversais (43,3%). Dos 30 estudos, nove longitudinais e seis transversais realizaram confirmação diagnóstica para depressão materna (50%), enquanto oito longitudinais e sete transversais (50%) não realizaram tal confirmação. A confirmação diagnóstica de depressão materna foi realizada por meio da aplicação de entrevistas clínicas estruturadas com base no critério diagnóstico do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) e, para a confirmação diagnóstica relativa às variáveis das crianças, realizada em 10 estudos (33,3%), predominou o uso do *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children and lifetime* (K-SADS-PL) aplicado em quatro estudos.

Em relação à identificação da amostra, 11 estudos foram desenvolvidos com amostras clínicas selecionadas a partir das mães e cinco, com amostras clínicas selecionadas a partir das crianças, e 14 estudos foram desenvolvidos com amostras não clínicas. Observa-se no conjunto analisado uma distribuição semelhante quanto aos delineamentos e às características das amostras.

Analisando as principais características dos delineamentos adotados, observa-se que tanto nos estudos longitudinais quanto ao número de avaliações realizadas

ocorreu uma variação de duas a seis avaliações, com exceção do artigo de Elgar *et al.*¹⁰, que avaliou as flutuações diárias do humor da mãe durante três meses, completando, ao todo, 38 avaliações.

Dentre os estudos transversais, quatro fizeram comparações entre grupos, três intragrupos (condições) e cinco realizaram tanto comparação entre grupos como intragrupos. Apenas um artigo¹¹ realizou comparação entre variáveis ao avaliar o reconhecimento e produção de expressões emocionais em escolares. Para a seleção dos grupos de comparação, adotou-se sistemática semelhante nos diferentes estudos, tendo como critério, no caso das mães, a exclusão de história psiquiátrica de depressão ou de outros transtornos psiquiátricos com base na avaliação por meio de escalas e inventários.

Com relação aos tipos de medidas mais utilizadas nos estudos analisados, observou-se que todos os artigos utilizaram medidas de auto-relato (entrevistas realizadas por avaliadores treinados, aplicação de escalas e inventários), oito acrescentaram medidas observacionais por meio de filmagem em vídeo em situação natural e/ou em laboratório. As atividades focalizadas nos estudos que adotaram medidas observacionais foram: tarefas de interação em cinco artigos, sendo três filmagens em laboratório e duas em situação natural, e tarefas de regulação emocional em quatro artigos, sendo três filmagens em laboratório e uma em situação natural.

Observou-se grande diversidade de instrumentos utilizados para rastreamento, predominando a utilização da *Beck Depression Inventory* (BDI) para detecção de sinais e sintomas de depressão das mães (43,3%) e o *Child Behaviour Checklist* (CBCL) como medida de comportamento infantil (56,7%). Seis estudos

utilizaram mais de um instrumento de rastreamento para as características das mães e 15, mais de um instrumento de rastreamento para as variáveis das crianças.

Com relação à forma de avaliação, todos os artigos analisados adotaram a avaliação individual, por meio de instrumentos aplicados a mães, professores, criança e pais, tendo como predominância a combinação de dois ou três informantes, com destaque para a dupla mãe-criança utilizada em 13 artigos (43,3%) e para três estudos que tiveram apenas a mãe como fonte de informação^{12,15,16}.

Impacto da depressão materna para crianças em idade escolar — Estudos transversais

Os principais achados quanto ao impacto da depressão materna relatados nos estudos transversais são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Estudos Transversais- principais resultados relativos ao impacto da Depressão Materna para as variáveis das crianças (N =13) *

VARIÁVEIS DAS CRIANÇAS	IMPACTO DA DEPRESSÃO MATERNA	ESTUDOS (FREQUÊNCIA)
Problemas de Comportamento (N= 8)	Presente	5,7,10,11,23,25,30 (7)
	Externalizantes	25 (1)
	Ausentes	2 (1)
Psicopatologia (N=5)	Presente	4, 5, 11,15 (4)
	Ausente	2 (1)
Aspectos Cognitivos (N=2)	Prejudicados	3, 21(2)
	Em meninas	3 (1)
Auto Conceito (N=1)	Negativo	27 (1)
Regulação Emocional (N=1)	Dificuldade – (meninos e meninas)	7 (1)

2- Ferrioli et al. (2007); 3- Joormann et al. (2007); 4- Drabick et al. (2006); 5- Pilowsky et al. (2006); 7-Silk et al. (2006a); 10- Rishel et al. (2006); 11- Kim-Cohen et al. (2006); 15- Swartz et al. (2005); 21- Arsenio et al. (2004); 23- Herwig et al. (2004); 25- Henderson et al. (2003); 27- Makri-Botsari e Makri (2003); 30- Chi e Hinshaw (2002)

* Quatro estudos abordaram mais de uma variável

No geral, os estudos abordaram as seguintes variáveis: problemas de comportamento, psicopatologia infantil, aspectos cognitivos, autoconceito e regulação emocional. Dentre os 13 estudos transversais analisados, quatro abordaram mais de uma variável, com destaque para o estudo de Silk *et al.*¹⁸, que abordou três variáveis: comportamento, aspectos cognitivos e regulação emocional.

Problemas comportamentais foram avaliados em oito estudos, e sete encontraram associação com a depressão materna. Os estudos constataram que as crianças filhas de mães com depressão apresentaram mais problemas de comportamento, tanto internalizantes como externalizados, sem distinção de gênero 17-20,22,24.

Destacam-se dois estudos com resultados divergentes: o de Henderson *et al.*²³ e o de Ferrioli *et al.*¹². O primeiro constatou o impacto negativo da depressão materna apenas em relação aos problemas de externalização de crianças do sexo masculino com queixa escolar, não tendo avaliado meninas. O segundo estudo, de Ferrioli *et al.*¹², não constatou associação da depressão materna e problemas comportamentais e foi o único estudo transversal que utilizou como fonte de informação apenas a mãe, podendo-se questionar se a depressão materna pode ter influenciado a percepção da mãe sobre os problemas das crianças. Ao analisar tal quesito, reforça-se a importância da utilização de múltiplas fontes ao se avaliar variáveis da criança, considerando, inclusive, a perspectiva da criança sobre o seu próprio comportamento e os acontecimentos de sua vida.

A psicopatologia infantil foi avaliada por cinco estudos transversais e todos encontraram associações significativas entre essa variável e a depressão materna, com exceção do artigo de Ferrioli *et al.*¹², cuja depressão materna não foi significativa ao predizer a presença da psicopatologia e problemas comportamentais

nas crianças. Possivelmente cabe aqui a mesma justificativa já referida quanto aos problemas comportamentais.

Destaca-se, entre os estudos sobre psicopatologia infantil, o de Pilowsky *et al.*¹⁷, que verificou a prevalência de desordens psiquiátricas em crianças filhas de mães com depressão atual mediante comparação intragrupos. Verificou-se taxa de 34% das crianças com alguma desordem psiquiátrica atual, estando a depressão infantil presente em 10% dessa amostra. Dentre as crianças com diagnóstico de depressão, 50% apresentaram como comorbidade transtorno de ansiedade, enquanto 31%, problemas de conduta. Os autores observaram que filhos de mães com depressão, com histórico de tentativa de suicídio e comorbidades, em especial pânico e agorafobia, apresentaram risco para transtornos mentais aumentado. Ressaltaram que as crianças filhas de pais diagnosticados com depressão possuem riscos maiores para uma variedade de sintomas comportamentais e emocionais, com dificuldades diversas no funcionamento adaptativo, sendo tal prejuízo elevado na presença de comorbidades.

Aspectos cognitivos foram avaliados em dois estudos^{13,11}. No primeiro, os autores observaram habilidades no processamento emocional por meio de tarefas de regulação emocional gravadas em laboratório e, no segundo, avaliaram o processo de reconhecimento e produção de expressões emocionais das crianças medidos por meio dos instrumentos *Emotion Recognition Task* e *Emotion Production Task*. Ambos os estudos constataram impacto negativo da depressão materna para o funcionamento cognitivo.

Questões relativas às estratégias de regulação emocional usadas por crianças filhas de mães com depressão em comparação a crianças filhas de mães que nunca tiveram esse diagnóstico foram examinadas em um dos estudos de Silk *et al.*¹⁸. Filhos

de mães com depressão, independentemente do sexo, demonstraram maior utilização de estilos passivos de regulação emocional, como a espera passiva ou foco na fonte de estresse, além de apresentar dificuldades em distrair sua atenção de um estímulo estressante com habilidades menos flexíveis para mudar o foco de sua atenção. Ao analisarem os dados, os referidos autores ressaltaram que a depressão materna afeta a família, podendo trazer como conseqüência a insegurança emocional da criança, que acaba por apresentar dificuldade de regular suas próprias emoções.

A variável autoconceito foi abordada apenas por Makri-Botsari e Makri²⁵ ao verificarem que o predomínio de atribuições negativas das crianças a respeito de si mesmas estava diretamente relacionado à situação de desemprego da mãe e à convivência com a depressão materna, destacando assim mais uma especificidade do impacto negativo dessa condição.

Impacto da depressão materna — Estudos longitudinais

Os principais achados quanto ao impacto da depressão materna relatados nos estudos longitudinais são apresentados na Tabela 2. Dentre os 17 estudos longitudinais analisados que abordaram o impacto da depressão materna, nove avaliaram mais de uma variável, com destaque para a combinação das variáveis comportamentais e psicopatologia infantil presente em cinco artigos.

Ao avaliarmos os achados dos estudos longitudinais, faz-se necessário atentar para os aspectos relativos ao período do desenvolvimento em que a criança foi exposta à depressão materna. Dessa forma, dentre os estudos analisados, verificaram-se estudos que avaliaram a mãe quanto a aspectos da depressão durante toda a vida da criança, da gravidez até o período escolar, e estudos que

avaliaram a depressão materna apenas concomitantemente ao período escolar da criança.

Tabela 2 – Estudos Longitudinais: principais resultados relativos ao impacto da depressão materna para as variáveis das crianças nos diferentes períodos do desenvolvimento (N=17)*

FASE DO DESENVOLVIMENTO	VARIÁVEIS	IMPACTO DA DEPRESSÃO MATERNA	
		TIPO	ESTUDOS (FREQUÊNCIA)
PRÉ ESCOLAR (N=6)	Problemas de comportamento	Internalizantes e /ou externalizantes	8, 14, 24 (3)
		Regulação Emocional	8, 14 (2)
		Não significativo	26 (1)
	Psicopatologia	Depressão e ansiedade	12 (1)
		Déficit de Atenção	12 (1)
	Aspectos cognitivos	QI rebaixado	13 (1)
ESCOLAR (N=17)	Problemas de comportamento	Internalizantes e/ou externalizantes	6, 8, 9, 14, 18, 20, 22, 24, 28, (9)
		Regulação Emocional	8 (1)
		Medo/timidez	18 (1)
		Pró social	26 (1)
		Não significativo	19 (1)
	Psicopatologia	Depressão e ansiedade	6, 9, 12, 14, 29 (5)
		Desordem do comportamento disruptivo/ transtorno de conduta	1, 6, 22, 28 (4)
		Déficit de Atenção	12 (1)
		Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH)	17, 22 (2)
		Aspectos cognitivos	QI rebaixado
Desempenho acadêmico prejudicado		12, 13, 14 (3)	
ADOLESCÊNCIA (N=2)	Problemas de comportamento	Internalizantes e/ou externalizantes	16, 18 (2)
	Psicopatologia	Depressão e ansiedade em meninas	16 (1)
ADULTA (N=1)	Psicopatologia	Depressão em mulheres	29 (1)
	Aspectos cognitivos	Desempenho acadêmico prejudicado em homens	29 (1)

1- Cronis et al. (2007); 6- Weissman et al. (2006); 8- Silk et al. (2006b); 9- Forbes et al. (2006); 12- Leech et al. (2006); 13- Murray et al. (2006); 14- Essex et al. (2006); 16- Burt et al. (2005); 17- Leschied et al. (2005); 18- Leve et al. (2005); 19- Mowbray et al. (2005); 20- Whiffen et al. (2005); 22- Elgar et al. (2004a); 24- Luoma et al. (2004); 26- Hay e Pawlby (2003); 28- McCarty e McMahon (2003); 29- Ensminger et al. (2003)

* Nove estudos abordaram mais de uma variável

* Oito estudos avaliaram mais de uma fase do desenvolvimento

Observa-se que todos os artigos avaliaram o impacto da depressão materna na criança durante o período escolar, e seis avaliaram o impacto nessas crianças

também na fase pré-escolar; um estudo³⁹ se estendeu até a fase adulta e outro, de Burt *et al.*³³, avaliou o impacto da depressão materna apenas na adolescência.

Artigos que avaliaram o impacto da depressão materna nas etapas pré-escolar e escolar não encontraram diferenças significativas quanto aos resultados quando comparados os indicadores de impacto nos dois períodos, ou seja, todos os estudos verificaram associação entre a depressão materna e as variáveis comportamentais, a psicopatologia infantil e os aspectos cognitivos tanto no período pré-escolar quanto no escolar^{16,28,30,31,37}. Destaca-se o estudo de Essex *et al.*³², que constatou que a exposição a fatores de risco é mais precoce e mais grave em famílias de baixo e médio níveis socioeconômicos e em filhos de mães com depressão, por sofrerem maior exposição ao estresse familiar crônico, favorecendo a desregulação emocional da criança na pré-escola, com subseqüentes dificuldades sociais e acadêmicas durante o início da fase escolar, o que aumenta os riscos do desenvolvimento de sintomas mais graves aos 9 anos de idade.

Em relação ao período escolar, os problemas comportamentais foram avaliados em nove estudos, e em apenas dois, não confirmaram a associação negativa com a depressão materna. Dentre estes, Mowbray *et al.*³⁵ avaliaram a associação entre diagnóstico de depressão materna e o relato das mães quanto aos problemas de comportamento em crianças de 4 a 16 anos, tomando como fonte de informação as mães e os professores. Quando controladas as variáveis demográficas das crianças (idade, sexo e etnia), não se verificou associação entre o diagnóstico de depressão materna e problemas de comportamento das crianças em uma amostra de mães diagnosticadas com doença mental grave, de baixo nível socioeconômico, formada predominantemente por afro-americanos.

Outro estudo que não constatou associação entre a variável estudada e a depressão materna foi o de Hay e Pawlby³⁷, ao avaliar o comportamento pró-social em escolares que conviveram com a depressão materna ao longo da vida. O comportamento pró-social foi definido como um comportamento cooperativo em que se verificam habilidades das crianças em responderem positivamente às necessidades dos outros, sendo esta uma dimensão do ajustamento psicológico, inversamente correlacionada a problemas comportamentais e emocionais. Nesse cenário, os autores avaliaram as crianças aos 4 e 11 anos de idade por meio do CBCL, do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e por tarefas observacionais de interação e cooperação mãe-criança. Concluíram que aos 4 anos de idade, não ocorreu associação entre depressão materna e habilidades cooperativas das crianças de ambos os sexos. Aos 11 anos, ao contrário, observaram variação de resultado de acordo com o informante utilizado, a saber: mães com depressão relataram menos habilidades pró-sociais em seus filhos, enquanto essas crianças relataram ter mais habilidades cooperativas quando comparadas às crianças que não conviveram com a depressão materna.

Por outro lado, todos os dez estudos que se propuseram a avaliar a psicopatologia infantil no período escolar constataram o impacto negativo da depressão materna, independentemente do momento da vida da criança de exposição à depressão materna. Weissman *et al.*²⁷ verificaram que o tratamento efetivo das mães com depressão maior se associou à redução dos sintomas e diagnósticos das crianças, ao controlar variáveis demográficas, características clínicas da depressão materna e *status* de tratamento da criança. Dessa forma, concluíram que a presença de psicopatologia da criança, em especial o comportamento disruptivo, depressão e ansiedade estiveram diretamente

relacionadas ao grau de remissão e à melhora da mãe, assim como a melhora das crianças também surtiu efeito positivo para as mães, destacando assim a importância de se considerar a influência mútua entre a saúde mental materna e a saúde da criança.

Os aspectos cognitivos, especificamente o desempenho acadêmico e o coeficiente de inteligência, foram abordados em três estudos que avaliaram a mãe desde a gravidez até a fase escolar da criança, detectando o impacto negativo da depressão materna na etapa escolar³⁰⁻³². Como medidas de Q.I., utilizaram-se a escala de inteligência de Binet, o WISC-III e escalas de McCarthy para habilidades das crianças. Para o desempenho acadêmico, predomina o uso de instrumentos respondidos pelos professores como o PBCL (*The Preschool Behaviour Checklist*). Destaca-se que nos três estudos não se verificou associação significativa entre depressão pós-parto e o funcionamento cognitivo da criança e a qualidade da interação mãe-filho nas etapas posteriores.

Questões relativas à competência social foram avaliadas por Essex *et al.*³², que verificaram maior prejuízo em meninos quando da presença da depressão materna. Ressaltaram que a mãe com depressão tem poucos recursos de competência social, não tendo condições de ensinar nem incentivar seus filhos no contato social.

Destaca-se, ainda, um estudo que avaliou o impacto da depressão materna na adolescência³³ e outro que avaliou até a fase adulta³⁹. No primeiro, os autores avaliaram a mediação de fatores como o ambiente familiar e o estilo parental na associação entre a depressão materna e psicopatologia na adolescência. Constataram forte associação entre a depressão materna e a presença de psicopatologia em adolescentes do sexo feminino. No caso dos meninos,

destacaram a influência de fatores ambientais, como a presença de conflitos familiares e pouco suporte parental fornecido à criança, mediando a relação entre a depressão materna e a ocorrência de psicopatologia. Tal estudo demonstrou a importância do comportamento parental e de fatores do ambiente familiar na transmissão intergeracional da depressão, ampliando a compreensão sobre o impacto da depressão materna na psicopatologia de seus filhos.

No estudo de Ensminger *et al.*³⁹, verificou-se uma relação entre depressão materna durante a infância e adolescência e psicopatologia e grau de realização profissional na fase adulta. Demonstraram que a convivência com a depressão materna ao longo da vida exerceu um impacto negativo, favorecendo a presença de depressão em mulheres e menores índices de realização profissional em homens, e ainda tais prejuízos foram acentuados na presença de variáveis como pobreza, baixo grau de instrução da mãe e alta mobilidade residencial durante a infância e adolescência.

O impacto da depressão materna e a associação a outras variáveis ambientais e clínicas

Dentre os 30 estudos analisados, 16 abordaram outras variáveis associadas à depressão materna e o impacto para as variáveis das crianças, conforme mostra a Tabela 3.

Estudaram-se variáveis diversas caracterizadas por ambiente familiar marcado por discórdia, práticas educativas inadequadas e aspectos clínicos como o estresse e as comorbidades, e nove artigos abordaram mais de uma variável, com destaque aos estudos de Essex *et al.*³² e Ferrioli *et al.*¹², que avaliaram três variáveis cada um.

Tabela 3 - Principais resultados relativos a associação de outras variáveis à Depressão Materna e o impacto para as variáveis das crianças (N= 16)*

VARIÁVEIS ASSOCIADAS À D.M.	VARIÁVEIS CRIANÇAS	ESTUDOS (FREQUÊNCIA)
INSATISFAÇÃO CONJUGAL (N= 7)	Problemas de comportamento	
	Presentes	18, 20, 23, 25 (4)
	Internalizantes	18, 20 (2)
	Psicopatologia	Presente 4 (1)
	Aspectos cognitivos	Rebaixados 13, 14 (2)
	Problemas de comportamento	
	Presentes	23, 28 (2)
	Internalizantes	23, 28 (2)
PREJUÍZOS SOCIAIS - instabilidade financeira, baixo suporte social, desemprego (N= 6)	Psicopatologia	Presente 2, 27 (2)
	Aspectos cognitivos	Rebaixados 13,14 (2)
	Auto Conceito	Negativo 27 (1)
	Problemas de comportamento	
AMBIENTE FAMILIAR CONFLITIVO – comunicação pais-filhos, interação (N= 7)	Presentes	16, 25 (2)
	Psicopatologia	Presente 2, 4, 12, 16, 28 (5)
	Aspectos cognitivos	Rebaixados 14 (1)
	Problemas de comportamento	
STRESS (N= 4)	Psicopatologia	Presente 2, 11, 12, 29 (4)
	Em meninas	29 (1)
	Desempenho cognitivo	Rebaixado 29 (1)
	Em meninos	29 (1)
CUIDADOS PARENTAIS INADEQUADOS (N=3)	Problemas de comportamento	
	Presentes	23 (1)
	Psicopatologia	Presente 1, 16 (2)
COMORBIDADES – personalidade anti-social, uso de drogas (N= 4)	Problemas de comportamento	
	Presentes	3, 11 (2)
	Psicopatologia	Presente 5, 11,12 (3)

1- Cronis et al. (2007); 2- Ferrioli et al. (2007); 3- Joormann et al. (2007);4- Drabick et al. (2006); 5- Pilowsky et al. (2006); 11- Kim-Cohen et al. (2006); 12- Leech et al. (2006); 13- Murray et al. (2006); 14- Essex et al. (2006); 16- Burt et al. (2005); 18- Leve et al. (2005); 20- Whiffen et al. (2005); 23- Herwig et al. (2004); 25- Henderson et al. (2003); 27- Makri-Botsari e Makri (2003); 28- McCarty e McMahon (2003); 29- Ensminger et al. (2003)

* Nove estudos abordaram mais de uma variável

Neste cenário, os estudos mostraram que as crianças que convivem com a depressão materna estão expostas não somente a depressão de suas mães, mas também a uma variedade de estressores associados a tal condição, como discórdia familiar, ambientes hostis e conflituosos, problemas ocupacionais, entre outros.

Destaca-se o único estudo desenvolvido no Brasil por Ferrioli *et al.*¹², o qual constatou em trabalho realizado em serviço de atenção primária que o estresse materno se associou a problemas de saúde mental das crianças, sendo apontado como um fator de risco para sintomas de ansiedade e depressão. Para transtorno de

déficit de atenção e hiperatividade, a instabilidade financeira mostrou-se a variável de maior risco e todos os indicadores de estabilidade ambiental foram identificados como variáveis protetoras.

Discussão

De modo geral, constatou-se no conjunto dos estudos analisados a relação entre depressão materna e dificuldades apresentadas pelas crianças em idade escolar, tais como a presença de problemas comportamentais, de sintomas depressivos, prejuízos cognitivos e das habilidades sociais.

Neste sentido, comparativamente às mães sem história psiquiátrica, as mães com depressão relataram níveis mais altos de estresse, principalmente nos domínios das relações social, financeiro, marital, do trabalho e com os filhos, sendo tais prejuízos potencializados na presença de comorbidades. Observa-se, assim, que uma diversidade de estressores e condições clínicas como a gravidade e a cronicidade da sintomatologia apresentada pelas mães parece potencializar os efeitos negativos da depressão sobre o desenvolvimento infantil.

Kim-Cohen *et al.*²⁰ compararam a saúde mental e os cuidados ambientais oferecidos a crianças filhas de mães depressivas com e sem transtorno de personalidade anti-social e verificaram que as mães com depressão e comorbidade, com outros transtornos, tinham características clínicas distintas, como surgimento precoce da depressão, sintomas mais persistentes e crônicos, risco de suicídio mais elevado e menor resposta ao tratamento. Observaram, assim, em concordância aos estudos de Pilowsky *et al.*¹⁷ e Leech *et al.*³⁰, que a depressão materna associada a comorbidades configura-se como uma condição de risco aumentada para o

desenvolvimento de psicopatologia e problemas comportamentais das crianças, que podem ter seus prejuízos potencializados.

Outro ponto a se destacar diz respeito ao período de exposição da criança à depressão materna. Observou-se que as crianças são afetadas negativamente pela depressão materna, guardando relação com o período em que foram expostas ao episódio depressivo materno, especialmente quando da ocorrência do primeiro surto⁴⁰.

O estudo de Joormann *et al.*¹³, ao avaliar as bases do processamento emocional de crianças do sexo feminino que conviveram com a depressão materna ao longo da vida, observou que essas crianças, quando comparadas ao grupo controle, apresentaram taxas mais altas de indicadores de depressão, carência nas bases positivas e reconhecimento predominante de estímulos negativos no ambiente. Tais autores concluíram que características da depressão materna, como cronicidade, número e duração de episódios, podem ser vistas como catalisadores dos prejuízos nas crianças quanto a aspectos cognitivos e à presença de psicopatologia, com destaque para a necessidade de mais estudos sobre as formas de aprendizagem de bases positivas transmitidas de mãe para filho, o que consideram que poderá embasar intervenções preventivas.

Com relação ao gênero, nos estudos já mencionados, as meninas pareceram mais suscetíveis aos efeitos negativos da depressão materna, enquanto os meninos pareceram mais sensíveis aos fatores ambientais e aspectos cognitivos.

Destaca-se, ainda, um aspecto metodológico abordado em alguns estudos que envolveram as mães como informantes sobre a saúde mental de seus filhos identificando que estas tendem a relatar mais problemas de comportamento com relação a seus filhos do que fazem as próprias crianças ou seus professores,

refletindo assim uma tendência em acentuar as próprias dificuldades e os problemas de suas famílias. Tal constatação de que a depressão materna pode influenciar a percepção da mãe sobre os problemas das crianças coloca em foco a necessidade da utilização de múltiplas fontes ao se avaliar variáveis complexas como as envolvidas na questão saúde mental infantil.

Mowbray *et al.*³⁵, ao avaliarem a associação da depressão materna a problemas de comportamento com base nos relatos das mães, sugerem que os resultados podem ser generalizados apenas para amostras de alto risco, de baixo nível econômico pertencente a uma minoria étnica e alertam sobre a importância de se controlar as variáveis demográficas em estudos com diversidades culturais e socioeconômicas. Consideram ainda como problemático o uso do relato dos professores, pois estes se referem a um contexto diferente, tornando difícil a comparação com o relato materno.

Hay e Pawlby³⁷ reafirmaram a importância de se considerar o informante e seu *status* mental ao se investigar as variáveis das crianças, em concordância com o estudo de Mowbray *et al.*³⁵.

Nos diversos estudos, estressores familiares como a organização do ambiente familiar, o nível socioeconômico e a rede de suporte social oferecida à mãe e à família destacaram-se como importantes indicadores de recursos ou de dificuldades, que podem funcionar como mecanismo de risco ou proteção ante a situação de depressão materna, dependendo da maneira pela qual estes se fazem presentes, podendo potencializar os recursos ou as dificuldades presentes no ambiente familiar^{22,25,31-33,38}.

Ferrioli *et al.*¹² destacaram como variável ambiental protetora à saúde mental das crianças uma rotina diária com horários definidos e o maior acesso a atividades para preencher o tempo livre. Discutiram, ainda, que a identificação precoce de

escolares em situações de risco para transtornos psicossociais pode ser essencial no atendimento primário à saúde mental da criança e alertam para a necessidade de implantação de um protocolo de detecção dos problemas com base na utilização de instrumentos rastreadores na rede pública.

Ressalta-se, ainda, com base no estudo de Swartz *et al.*²¹, que uma alta prevalência de mães com depressão não estão recebendo tratamento especializado, como constatado pelos referidos autores ao investigarem indicadores de transtornos psiquiátricos em mães que levavam seus filhos para uma clínica de saúde mental infantil. Verificaram taxa de 79% de mães que preenchiam critério para pelo menos um transtorno psiquiátrico ao longo da vida, e 61% apresentaram diagnóstico de depressão maior atual. Dentre todas as mães com depressão avaliadas, apenas 33% recebiam algum tipo de tratamento. Taxas semelhantes foram também constatadas por Rishel *et al.*¹⁹ em uma amostra de mães identificadas mediante procura de ajuda para os problemas das crianças, com um achado de 64% de mães com transtornos mentais, sendo 34% com depressão maior e apenas um terço em tratamento.

Dessa forma, em concordância com os dados discutidos por Ensminger *et al.*³⁹ que apontaram para a estabilidade da psicopatologia ao longo do tempo, verificou-se a necessidade de cuidados precoces de saúde mental no sentido de diminuir o impacto da depressão materna ao longo do desenvolvimento das crianças.

Conclusão

Com base na análise sistemática da literatura recente de estudos empíricos, conclui-

se que a depressão materna tem um impacto negativo para a saúde mental dos filhos na idade escolar, favorecendo a presença de problemas comportamentais, psicopatologia, rebaixamento cognitivo, prejuízos nos autoconceitos, no desempenho social e na regulação emocional, independentemente do momento de primeira exposição à depressão materna e dos delineamentos adotados (longitudinais ou transversais), configurando-se assim como um fator de risco ao desenvolvimento infantil.

Ao se analisar outros aspectos metodológicos, destacam-se como limites apresentados por alguns estudos a não-confirmação diagnóstica, a utilização de amostras de conveniência, a não-caracterização da recorrência e da gravidade da depressão materna, a pouca diversidade de fontes de informação, a não-especificação dos parâmetros para grupo de comparação e as avaliações não concomitantes no tempo nos estudos longitudinais, além de poucas informações sobre psicopatologia paterna.

Tais limites apontam para a necessidade de novos estudos que abordem a diversidade de condições que podem potencializar as dificuldades ou favorecer a ação de mecanismos de proteção ao se estudar o impacto da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil, assim como a importância de práticas preventivas e de identificação precoce da depressão em mães nos serviços de cuidados primários, no sentido de garantir o tratamento efetivo da sintomatologia materna e identificar precocemente as crianças expostas que possam estar enfrentando dificuldades relacionadas a tal situação. Destaca-se, ainda, a necessidade de estudos sobre fatores genéticos que permitam identificar transmissão intergeracional.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
 2. Mari JJ, Jorge MR. Epidemiologia dos transtornos mentais. In: Mari JJ, Razzouk KD, Peres MFT, Del Porto JA, editores. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. Unifesp/Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole; 2002.
 3. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França J, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*. 1997; (171):524-9.
 4. Mari JJ, Streiner DL. The management of minor affective disorders in the general practice setting: a critical review of therapeutic interventions. *The Malaysian Journal of Psychiatry*. 1994;2(1):18-37.
 5. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:39-44.
 6. Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;(47):465-73.
 7. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;(32):8-20.
 8. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *J Pediatrics*. 2003;(112):119-31.
 9. Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ. Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clin Psychol Rev*. 2004b;(24):441-59.
 10. Elgar FJ, Waschbusch DA, McGrath PJ, Stewart SH, Curtis LJ. Temporal relations in daily-reported maternal mood and disruptive child behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 2004a;32(3):237-47.
 11. Arsenio WF, Sesin M, Siegel L. Emotion-related abilities and depressive symptoms in Latina mothers and their children. *Dev Psychopathol*. 2004; 16(1):95-112.
 12. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):251-9.
-

13. Joormann J, Talbot L, Gotlib IH. Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(1):135-43.
 14. Drabick DAG, Beauchaine TP, Gadow KD, Carlson GA, Bromet EJ. Risk factors for conduct problems and depressive symptoms in a cohort of Ukrainian children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006;35(2):244-52.
 15. Leve LD, Kim HK, Pears KC. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *J Abnorm Child Psychol.* 2005;33(5):505-20.
 16. Luoma I, Koivisto A, Tamminen T. Fathers' and mothers' perceptions of their child and maternal depressive symptoms. *Nord J Psychiatry.* 2004;58(3):205-11.
 17. Pilowsky DJ, et al. Children of currently depressed mothers: a STAR*D Ancillary Study. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(1):126-36.
 18. Silk JS, Shaw DS, Skuban EM, Oland AA, Kovacs M. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006a;47(1):69-78.
 19. Rishel CW, Greeno CG, Marcus SC, Sales E, Shear MK, Swartz HA, et al. Impact of maternal mental health status on child mental health treatment outcome. *Community Ment Health J.* 2006;42(1):1-12.
 20. Kim-Cohen J, Caspi A, Rutter M, Tomas MP, Moffitt TE. The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. *Am J Psychiatry.* 2006;163(6):1009-18.
 21. Swartz HA, Shear MK, Wren FJ, Greeno CG, Sales E, Sullivan BK, et al. Depression and anxiety among mothers who bring their children to a pediatric mental health clinic. *Psychiatr Serv.* 2005;56(9):1077-83.
 22. Herwig JE, Wirtz M, Bengel J. Depression, partnership, social support, and parenting: interaction of maternal factors with behavioral problems of the child. *J Affect Disord.* 2004;80(2-3):199-208.
 23. Henderson AD, Sayger TV, Horne AM. Mothers and sons: a look at the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression, and family cohesion. *Family J: Counseling and Therapy for Couples and Families.* 2003;11(1):33-41.
 24. Chi TC, Hinshaw SP. Mother-child of children with ADHD: the role of maternal depressive symptoms and depression — Related distortions. *J Abnorm Child Psychol.* 2002;30(4):387-400.
 25. Makri-Botsari E, Makri E. Maternal employment: effects on her mental health and children's functional status. *Psychol Stud.* 2003;48(1):36-46.
-

26. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Williams SH, Baumann BL, Kipp H, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychol.* 2007;43(1):70-82.
 27. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-Child report. *JAMA.* 2006;295(12):1389-98.
 28. Silk JS, Shaw DS, Forbes EE, Lane TL, Kovacs M. Maternal depression and child internalizing: the moderating role of child emotion regulation. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006b;35(1):116-26.
 29. Forbes EE, Shaw DS, Fox NA, Cohn JF, Silk JS, Kovacs M. Maternal depression, child frontal asymmetry, and child affective behavior as factors in child behavior problems. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(1):79-87.
 30. Leech SL, Larkby CA, Day R, Day NL. Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45(2): 223-30.
 31. Murray L, Woolgar M, Martins C, Christaki A, Hipwell A, Cooper P. Conversations around homework: links to parental mental health, family characteristics and child psychological functioning. *Br J Dev Psychol.* 2006; 24(1):125-49.
 32. Essex MJ, Kraemer HC, Armstrong JM, Boyce WT, Goldsmith HH, Klein MH, et al. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(11):1246-56.
 33. Burt KB, Van-Dulmen MHM, Carlivati J, Egeland B, Sroufe LA, Forman DR, et al. Mediating links between maternal depression and offspring psychopathology: the importance of independent data. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(5):490-9.
 34. Leschied AW, Chiodo D, Whitehead PC, Hurley D. The relationship between maternal depression and child outcomes in a child welfare sample: implications for treatment and policy. *Child and Family Social Work.* 2005; 10(4):281-91.
 35. Mowbray CT, Lewandowski L, Bybee D, Oyserman D. Relationship between Maternal Clinical Factors and Mother- Reported Child Problems. *Community Ment Health J.* 2005 Dec; 41(6):687-704.
 36. Whiffen VE, Kerr MA, Kallos-Lilly V. Maternal depression, adult attachment, and children's emotional distress. *Fam Process.* 2005;44(1):93-103.
 37. Hay DF, Pawlby S. Prosocial development in relation to children's and mothers' psychological problems. *Child Dev.* 2003;74(5):1314-27.
-

-
38. McCarty CA, McMahon RJ. Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. *J Fam Psychol.* 2003; 17(4):545-56.
 39. Ensminger ME, Hanson SG, Riley AW, Juon HS. Maternal psychological distress: adult sons' and daughters' mental health and educational attainment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(9):1108-15.
 40. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev.* 1999;106:458-90.
-