



Relações entre depressão materna e problemas de comportamento em crianças

Relations between maternal depression and behavioral problems in children

Thiago da Silva Gusmão Cardoso^[a], Gustavo Marcelino Siquara^[b], Patrícia Martins de Freitas^[c]

Resumo

^[a] Psicólogo, especialista em Saúde Mental, mestre e doutorando em Educação e Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP - Brasil, e-mail: thiago_gusmao1@hotmail.com

^[b] Psicólogo, especialista em Saúde Mental, mestre e doutorando em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA - Brasil, e-mail: gustavosiquara@hotmail.com

^[c] Psicóloga, doutora em Saúde da Criança e do Adolescente, professora adjunta da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Vitória da Conquista, BA - Brasil, e-mail: pmfrei@gmail.com

A saúde mental materna é apontada como um fator que influencia diretamente a presença ou não de prejuízos sócioemocionais na vida da criança. Uma vez que a depressão constitui o principal transtorno mental a atingir a população feminina na idade reprodutiva, investigou-se a relação entre depressão materna e problemas de comportamento em crianças de 7 a 11 anos. Participaram do estudo 21 pares de crianças-mães selecionadas de uma escola pública da cidade de Santo Antônio de Jesus-BA. A idade média das crianças era de 8,09 anos ($dp = 0,91$) e das mães 28,17 anos ($dp = 3,27$), sendo que 51,7% das crianças eram do sexo masculino. A depressão materna foi avaliada através do Inventário Beck de Depressão (IBD) e os problemas de comportamento infantil foram avaliados através do Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL). Na análise dos dados foi utilizada estatística descritiva e inferencial. Os resultados demonstram que a depressão materna explica uma porcentagem de variação no CBCL de 30,2% a 31,3% para as subescalas, problemas de socialização, problemas de pensamento e quebra de regras. Foram encontradas correlações moderadas e significativas entre a depressão materna e problemas de socialização, problemas de pensamento, quebra de regras e agressividade. Na comparação entre os grupos de crianças de mães com depressão e mães saudáveis, apenas foram encontradas diferenças nas subescalas problemas de pensamento e quebra de regras. Conclui-se que a saúde mental maternal, quando prejudicada pela depressão, gera impactos socioemocionais negativos para a vida e comportamento da criança.

Palavras-Chave: Depressão. Problemas de Comportamento Infantil. Saúde Mental.

Abstract

The maternal mental health is identified as a factor that directly influences the presence or not of social and emotional damage in a child's life. As depression is the main mental disorder to affect the female population in reproductive age, this study investigated the relations between maternal depression and behavior problems in children aged 7 to 11 years. The study included 21 mother-child pairs selected from a public school in the city of Santo Antonio de Jesus, Bahia. The average age of children was 8.09 years ($SD = 0.91$), with 51.7% of them being male, while most mothers was 28.17 years ($SD = 3.27$). Maternal depression was assessed using the Beck Depression Inventory (BDI), whilst the child behavior problems were assessed using the Children Behavior Checklist (CBCL). For data analyzing it was used descriptive and inferential

statistics. The results showed that maternal depression explained a percentage change in CBCL of 30.2% to 31.3% for sub-scales, socialization problems, understanding problems and breaking rules. Significant correlations were found among depression, socialization problems, thinkingg problems, rule-breaking and aggression. By comparing groups of depressed mother's children to healthy mother's children, differences were found only concerning understanding problems and breaking rules. It was concluded that maternal mental health affected by depression causes negative socio-emotional effects for children's life and behavior.

Keywords: Depression. Child Behavior Disorders. Mental Health.

Introdução

Inúmeros autores têm apontado que a saúde mental materna influencia diretamente a presença ou não de prejuízos socioemocionais na vida da criança (Goddman et. al., 2011; Mendes, Loureiro & Crippa, 2008; Brum & Scherman, 2006). Características do comportamento materno de mulheres que possuem doenças mentais aumentam o risco de que crianças, no decorrer do seu processo de desenvolvimento, apresentem problemas de comportamento, dificuldades cognitivas, sociais e até mesmo transtornos mentais. Mães com transtornos mentais geralmente são menos satisfeitas com o suporte social recebido, tendem a ser mais negativistas e menos exigentes e responsivas com relação aos filhos (Cid, 2008).

Os transtornos mentais que mais acometem a população adulta, principalmente as mulheres, afetando significativamente a rotina e a saúde mental são os transtornos de humor (Araújo, Pinho & Almeida, 2005). Segundo Kendler e Prescott (1999), os transtornos depressivos atingem de 10% a 20% de mulheres em idade fértil, geralmente mães de baixa renda, pelo menos uma vez na vida, sendo que para aproximadamente um terço dessas mulheres os sintomas depressivos são recorrentes e persistem por toda a vida.

No Brasil, pesquisa realizada por Andrade et. al. (2002) avaliou 1.464 indivíduos, numa amostra representativa da população geral domiciliada com idade igual ou superior a 18 anos, em São Paulo. Nesse estudo, as mulheres apresentaram uma frequência de transtornos afetivos de 21%, incluídos depressão maior (19,2%), distímia (4,7%) e episódio maníaco (0,9%).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2008), os transtornos do humor são aqueles nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor, como uma

depressão ou extrema excitação (mania). São sintomas específicos do transtorno do humor depressivo ou unipolar: presença de humor deprimido (tristeza, choro, sentimento de vazio); acentuada diminuição do interesse ou prazer na realização de todas ou quase todas as atividades; perda ou ganho excessivo de peso involuntários; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo motor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade; capacidade diminuída de pensar; pensamentos de morte recorrentes.

Uma das observações mais bem documentadas em estudos epidemiológicos é a maior prevalência de depressão em mulheres que em homens. Essa diferença tem sido observada em várias regiões do mundo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos de avaliação e critérios diagnósticos operacionais, inclusive no Brasil (Andrade et al., 2002).

Segundo Tuono, Jorge, Gotlieb e Laurenti (2007) o modo de adoecimento mental de homens e mulheres é diferenciado. Há diferenças não só nas prevalências, mas também no curso e prognóstico das doenças mentais, em suas comorbidades mais frequentes e, principalmente, nos transtornos que se apresentam relacionados ao ciclo reprodutivo feminino. Nesse sentido, para as mulheres no ápice do seu ciclo reprodutivo a depressão materna puerperal é mais comum. No Brasil, atinge de 50% a 80% das mulheres, sendo que um total de 10% a 15% delas apresentará o quadro de depressão materna pós-parto (Brum & Scherman, 2006). Existem estudos que também mostram um aumento da incidência de depressão em mulheres perimenopáusicas e menopáusicas, ou seja, no fim do seu ciclo reprodutivo, em relação às pré-menopáusicas (Baker, Simpson & Dawson, 1997).

Embora a depressão e seus tipos tenham uma incidência diferenciada a depender dos ciclos de vida reprodutivo das mulheres, a sua prevalência maior é na faixa etária dos 15 aos 44 anos, atingindo homens

e mulheres numa proporção de 2:3 (Andreasen & Black, 2009).

Duas constatações nesses estudos são importantes sob a perspectiva do desenvolvimento infantil. A primeira, de que a depressão atinge mais as mulheres do que os homens e de que apresenta maior prevalência na faixa etária em que as mesmas geralmente se tornam **mães**, afetando, portanto, a principal responsável pelo cuidado da criança. Dessa forma, a depressão materna constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento infantil (Cid & Matsukura, 2010; Mian, Tango, Lopes & Loureiro, 2009; Brum & Scherman, 2006).

Quando se avalia os possíveis impactos da depressão no comportamento materno, as condições envolvendo ambientes de risco para o desenvolvimento de psicopatologias infantis tornam-se mais claras. O estado de depressão da mãe pode fazer com que ela apresente mais dificuldades de se conectar ao seu filho, seja menos sensível aos sinais dele, passe por deterioração da capacidade de maternagem, expresse atitudes negativas e desatentas, mostre-se indisponível psicologicamente, irritável, triste, ansiosa, com dificuldades em práticas disciplinares e no manejo com a criança, além de se perceber incompetente como mãe e ter uma avaliação negativa de sua criança (Cid & Matsukura, 2010; Ruzzi-Perreira, 2007).

Mendes, Loureiro e Crippa (2008), num estudo de revisão bibliográfica que identificou e analisou 30 artigos adordando o impacto da depressão materna em crianças na idade escolar, constataram uma relação entre depressão materna e dificuldades apresentadas pelas crianças na idade em questão, tais como a presença de problemas comportamentais, de sintomas depressivos, prejuízos cognitivos e das habilidades sociais.

A revisão de literatura realizada por Brum e Scherman (2006) sobre o impacto da depressão materna nas interações iniciais com a criança evidenciaram maior risco de desenvolverem distúrbios comportamentais, afetivos, cognitivos e sociais, os filhos e filhas de mães deprimidas. Os dados apontam que a depressão materna apresenta efeitos a longo prazo no desenvolvimento de uma criança, havendo maior chance (29%) de desenvolver distúrbios emocionais e comportamentais do que a criada por uma mãe com outras distúrbios médicos (8% de chance). Igualmente, o contato com mães deprimidas, no primeiro ano de vida, baixa a

habilidade cognitiva da criança, especialmente aos de 4 anos de idade (Brum & Scherman, 2006).

Para se entender como a depressão materna pode afetar especificamente o comportamento infantil, o modelo explicativo da Análise do Comportamento é fundamental, já que adota um modelo de seleção de comportamentos por consequências. A multideterminação do comportamento é o ponto de partida, considerando-o produto de diferentes histórias: biológica, de aprendizagem e cultural (Abreu & Guilhardi, 2008).

O termo contingência é crucial para se entender o modelo, referindo-se a uma análise relacional entre os seguintes elementos do qual o comportamento é função: ocasião, comportamento-referente e consequências (Vasconcelos, 2008). A ocasião se refere aos estímulos e condições ambientais que antecedem a emissão, pelo indivíduo, do seu comportamento. O comportamento-referente é a resposta do indivíduo à demanda ambiental, como o enfrentamento ou a fuga de uma determinada situação. As consequências são os elementos que presentes ou ausentes aumentam ou diminuem as chances do comportamento reaparecer. A relação entre esses três elementos poderá explicar a aquisição e a manutenção de comportamentos que surgem no repertório de uma pessoa.

Dentro dessa perspectiva, os problemas de comportamento infantis são definidos como déficits ou excedentes comportamentais que dificultam o acesso da criança a novas contingências de reforçamento, prejudicando a aquisição de repertórios relevantes de aprendizagem (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003; Caballo, 2007; Carvalho et al., 2009; Pesce, 2009).

São amplas as categorias, identificadas através de pesquisas, de comportamentos que podem ser associados aos conceitos de excesso e déficit comportamental, sendo elas as de comportamentos internalizantes e externalizantes (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Os comportamentos internalizantes (autocontrole) são evidenciados por retraimento, depressão, ansiedade e queixas somáticas. Em contraposição, comportamentos externalizantes (baixo controle) são marcados por impulsividade, agressão, agitação, características desafiantes e antissociais (Caballo, 2007).

Tratou-se de investigar as relações existentes ou não entre a depressão materna e os problemas de comportamento infantil em crianças de 7

a 11 anos, na cidade de Santo Antônio de Jesus-BA. Considerando a gravidade da sintomatologia depressiva da mãe e as variadas manifestações de problemas de comportamento em seus filhos, os seus principais tipos e impactos para a saúde mental infantil.

O estudo possibilitará ainda um registro da depressão materna como possível fator de risco para o desenvolvimento infantil. Além disso, o estudo contribuirá, ao traçar um perfil da psicopatologia infantil, para o desenvolvimento de futuras técnicas e processos de recuperação de crianças com sofrimentos psíquicos relacionado às variáveis do ambiente familiar.

Espera-se encontrar dados compatíveis com a literatura revisada e achados que corroborem as hipóteses de que existe correlação moderada e estatisticamente significativa entre a presença de sintomas depressivos maternos e problemas de comportamento em crianças de 7 a 11 anos, sugerindo o impacto negativo do comportamento depressivo materno para o desenvolvimento da criança. Além das sub-hipóteses de que os problemas de comportamento são mais frequentes nas crianças cujas mães apresentam sintomas depressivos do que nas crianças cujas mães não apresentam. Os indivíduos do primeiro grupo, ainda, tendem a ter um desempenho social prejudicado em diferentes aspectos quando comparados a outros da mesma idade.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva-correlacional que investigou uma parcela da população de crianças, com idades entre 7 e 11 anos, e suas respectivas mães, residentes na cidade de Santo Antônio de Jesus (BA).

Participantes

Participaram da pesquisa 21 pares de mães-crianças, selecionados de uma escola pública da

cidade de Santo Antônio de Jesus (BA), os dados descritivos dos participantes podem ser visualizados na tabela 1.

Os critérios para inclusão/exclusão na amostra foram: as crianças possuírem idade entre 7 e 11 anos e estudarem em escolas públicas do município de Santo Antônio de Jesus-BA.

Procedimentos

As mães das crianças de 7 a 11 anos de idade foram contatadas e receberam uma carta-convite para reunião, onde foram apresentadas às informações básicas sobre a pesquisa, podendo assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e preencher o Inventário Beck de Depressão (IBD), assim como o Inventário de Comportamentos da Criança (CBCL) com a ajuda dos pesquisadores.

O início da coleta só ocorreu após o consentimento das mães. A aplicação dos instrumentos ocorreu em uma sala disponibilizada pela escola. O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia, parecer 4294.0000.0.0-70-09, cumprindo todos os requisitos da resolução 196/96.

Instrumentos

Inventário Beck de Depressão (IBD): O IBD é um instrumento de autorrelato constituído por 21 grupos de afirmações. Cada um desses grupos possui quatro afirmações, devendo a pessoa responder com a opção que melhor corresponde ao seu estado naquela determinada situação. Estas afirmações estão relacionadas com sinalizações dos sintomas referentes a estados depressivos daquela pessoa. Os sintomas depressivos, possíveis de serem avaliados pelo IBD, permitem que nas pesquisas seja investigada a presença de sintomas e atitudes associados à depressão e aos níveis de estresse.

Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência: A checklist é uma versão brasileira

Tabela 1 – Dados descritivos dos participantes.

Participantes	Sexo		Média	Idade	
	Masculino	Feminino		Dp	Amplitude
Crianças	12(57,1%)	9(42,9%)	8,09	0,91	7 a 11
Mães	0(0%)	21(100%)	28,17	3,27	25 a 38

da *Child Behavior Checklist* (CBCL), adaptada e validada para o Brasil pelo estudo de Bordin, Mari e Caeiro (1995). O instrumento foi criado na década de 1970 por Thomas Achenbach, nos EUA. O CBCL tem como objetivo medir o grau de competência social e os problemas de comportamento em crianças e adolescentes, de acordo com as informações fornecidas pelos seus pais ou cuidadores e professores (Achenbach, 1991). O instrumento tem sido empregado internacionalmente em pesquisas, com traduções para mais de 30 idiomas (Achenbach, 1991). O CBCL é composto de 118 itens, sendo 20 deles destinados à avaliação da competência social, medindo a sociabilidade, *nível de atividades e escolaridade*, e os outros 98 itens à avaliação dos problemas de comportamento. Para a faixa de 1½-5 é dividido em sete subescalas: emocionalmente reativo, ansioso/depressivo, queixa somática, retraído, problemas do sono, problemas da atenção, comportamento agressivo. Para a faixa de 6-18 anos é dividido em 8 subescalas: retraimento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas com o contato social, problemas com o pensamento, problemas com a atenção, comportamento de quebra de regra, comportamento agressivo.

Análise de dados

Os dados foram analisados utilizando-se procedimentos estatísticos de análise descritiva, correlacional e teste de hipóteses. Os dados foram tabulados no software estatístico SPSS 18.0. Para análise de correlação foi utilizado o modelo de Pearson.

As análises estatísticas para teste de hipóteses e medidas de associação foram feitas por meio da comparação de grupos, com o teste de Mann-Whitney, e da associação, pelo Teste Exato de Fisher e Coeficiente de Contingência Phi (Φ). Essas técnicas foram utilizadas para verificar as possíveis diferenças quanto aos problemas de comportamento entre crianças filhas de mães com depressão em paralelo com as crianças cujas mães não possuem transtornos mentais. Foram necessárias, também, para verificar o grau de associação tais variáveis, bem como a porcentagem de variância explicativa.

Resultados

Os resultados da avaliação da depressão materna revelam que, das 21 mães, 13 (61,9%) apresentam um nível mínimo de sintomas, 3 (14,3%) sintomas

Tabela 2 – Relação entre Depressão materna e os fatores Ansioso/Depressivo e Retraído do CBCL, através do Teste Exato de Fisher e Coeficiente Phi (Φ).

Depressão	Ansioso/Depressivo (n=3) ¹		Retraído (n= 2) ²	
	Presença nº (%)	Ausência nº (%)	Presença nº (%)	Ausência nº (%)
Acima	2 (40%)	3(60%)	1 (20%)	4 (80%)
Abaixo	1 (8,3%)	11(91,7%)	1 (8,3%)	11(91,7%)
Total	3 (17,7%)	14(82,3%)	2(11,8%)	15(88,2%)

¹ p = 0,11; Φ = 0,37; ² p = 0,49; Φ = 0,16

Tabela 3 – Relação entre Depressão materna e os fatores Queixa Somática e Problema de Socialização do CBCL, através do Teste Exato de Fisher e Coeficiente Phi (Φ).

Depressão	Queixa Somática (n=1) ¹		Problema de Socialização (n=2) ²	
	Presença nº (%)	Ausência nº (%)	Presença nº (%)	Ausência nº (%)
Acima	1 (20%)	4 (80%)	2 (40%)	3 (60%)
Abaixo	0 (0%)	12 (100%)	0 (0%)	12 (100%)
Total	1 (5,9%)	16 (94,1%)	2 (11,7%)	15 (88,3%)

¹ p = 0,11; Φ = 0,38; ² p = 0,02; Φ = 0,56 (31,3%).

leves e 5 (23,8%) sintomas moderados para depressão, sendo que, ao todo, 5 mães estão acima do ponto de corte para depressão. Quanto à presença ou não de problemas de comportamento nas 21 crianças avaliadas, 14,2% (3) das crianças apresentaram problemas de ansiedade-depressão, 14,2% (3) retraimento, 9,5% (2) queixa somática, 9,5% (2) problemas de socialização, 23,8% (5) problemas de pensamento, 4,7% (1) problemas de atenção, 9,5% (2) quebra de regras e 9,5% (2) agressividade. A análise de como a depressão materna influencia os problemas de comportamento das crianças pode ser visualizada, respectivamente, nas tabelas 2 e 3, 4 e 5.

Os resultados das tabelas 2 e 3 revelam que somente os problemas de socialização estão associados significativamente à depressão materna ($p = 0,02$, significância de 95%; $\Phi = 0,56$). A variação apontada pela associação é de 31,3%.

Os resultados das tabelas 4 e 5 demonstram que os problemas de pensamento ($p = 0,02$; $\Phi = 0,55$), bem como o comportamento de quebra de regras ($p = 0,02$; $\Phi = 0,56$), estão significativamente associados à depressão materna (significância de 95%), sendo que a depressão materna explica a variação nos dois fatores do CBCL numa porcentagem, respectivamente, de 30,2% e 31,3%.

Tabela 4 – Relação entre Depressão materna e os fatores Problema de Pensamento e Problema de Atenção do CBCL, através do Teste Exato de Fisher e Coeficiente Phi (Φ).

Depressão	Problema de Pensamento (n= 4) ¹		Problema de atenção (n= 1) ²	
	Presença nº (%)	Ausência nº (%)	Presença nº (%)	Ausência nº (%)
Acima	3 (60%)	2(40%)	1 (20%)	4 (80%)
Abaixo	1(8,3%)	11(91,7%)	0 (0%)	12 (100%)
Total	4(23,5%)	13(76,5%)	1 (5,8%)	16 (94,2%)

¹ $p = 0,02$; $\Phi = 0,55$ (30,2%); ² $p = 0,11$; $\Phi = 0,38$.

Tabela 5 – Relação entre Depressão materna e os fatores Quebra de Regra e Agressividade do CBCL, através do Teste Exato de Fisher e Coeficiente Phi (Φ).

Desempenho	Quebra de Regra (n=2) ¹		Agressividade (n=5) ²	
	Presença nº (%)	Ausência nº (%)	Presença nº (%)	Ausência nº (%)
Acima	2 (40%)	3 (60%)	1 (20%)	4 (80%)
Abaixo	0 (0%)	12 (100%)	0 (0%)	12 (100%)
Total	2 (11,7%)	15 (88,3%)	1 (5,8%)	16 (94,2%)

¹ $p = 0,02$; $\Phi = 0,56$ (31,3%); ² $p = 0,11$; $\Phi = 0,38$.

Tabela 6: Comparação entre os escores no CBCL de crianças cujas mães apresentam ou não sintomas de depressão, utilizando o teste Mann-Whitney.

CBCL	Mãe com depressão			Mãe saudável			U	P
	Q25	Q50	Q75	Q25	Q50	Q75		
Ansiedade-depressão	04,00	09,00	16,00	02,00	04,50	08,00	13,50	,12
Retraimento	00,50	04,00	07,00	00,00	01,50	03,00	19,50	,26
Queixa Somática	01,00	01,00	09,00	00,00	01,00	03,75	20,00	,27
Problemas Sociais	02,50	04,00	14,50	01,25	04,00	05,00	21,50	,36
Problemas Pensamento	02,00	07,00	13,00	00,00	02,00	02,75	12,00	,05*
Problemas de Atenção	04,00	08,00	12,50	02,00	04,00	07,75	18,00	,20
Quebras de Regras	02,00	06,00	11,50	00,00	01,50	02,00	09,50	,02*
Agressividade	05,00	12,00	24,50	04,00	05,00	11,75	15,50	,12

Legenda: * Significativo para $p < 0,05$.

Quando correlacionados os fatores do CBCL com o escore no IBD, observa-se que o escore no IBD apresenta correlações positivas, moderadas e significativas com quatro fatores do CBCL, Problemas de Socialização ($r = 0,50$; $p = 0,03$), Problemas de Pensamento ($r = 0,50$; $p = 0,03$), Quebra de Regras ($r = 0,53$; $p = 0,02$) e Agressividade ($r = 0,48$; $p = 0,04$). As correlações moderadas entre o escore do IBD e os fatores do CBCL demonstram que, conforme os sintomas de depressão materna aumentam, a pontuação para problemas de comportamento no CBCL cresce também. Para analisar as correlações dos fatores dos CBCL entre si, ver a tabela 7, no anexo.

Os resultados da avaliação dos problemas de comportamento, utilizando as subescalas do CBCL, revelam que as crianças do grupo de mães com sintomas depressivos tiveram escores maiores no 1º, 2º e 3º quartis para todos os problemas de comportamento, porém apresentando diferenças significativas apenas para as subescalas referentes a problemas de pensamento e quebra de regras, com o índice de significância maior ou igual a 95%.

Discussão

Os resultados demonstram que a depressão materna explica uma porcentagem de variação no CBCL de 30,2% a 31,3% para as subescalas a ela significativamente associadas, a saber, problemas de socialização, problemas de pensamento e quebra de regras. Na comparação entre os grupos de crianças de mães com depressão e mães saudáveis apenas foram encontradas diferenças significativas nas subescalas problemas de pensamento e quebra de regras. Esses resultados são compatíveis com os achados de outros estudos em relação ao risco maior de prejuízos socioemocionais na vida da criança.

Weissman et al. (2004) avaliaram 343 mães, das quais 85 atendiam aos critérios do screen para depressão maior, com o objetivo de entender os seus problemas no contexto dos cuidados primários com os filhos. Foi demonstrado que, em comparação com controles não psiquiátricos, mães deprimidas relataram um risco três vezes maior de problemas emocionais sérios em seus filhos, e dez vezes maior de terem pobres relações mãe-filho no último mês. Estudos têm demonstrado que um histórico significativo de depressão materna no início ou no curso

da primeira e/ou segunda infância, tem um efeito cumulativo sobre a presença de problemas de comportamento infantil posteriores (Bagner, Pettit, Lewinsohn & Seeley, 2010).

Nossos resultados são consistentes com a noção de períodos sensíveis de desenvolvimento em que as crianças que são mais jovens, quando expostas pela primeira vez à depressão da mãe, podem ser mais vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologias em relação às que não foram expostas ou foram expostas mais tarde na vida (Goddman et. al., 2011).

São fatores do desenvolvimento que explicam as noções de que quanto mais cedo ocorrer a exposição da criança à depressão materna menos anos de desenvolvimento saudável ela terá experimentado, sem os efeitos negativos na interação mãe-criança, cuidados, regulação emocional e autoimagem. Ademais, quanto mais tarde isso ocorrer, menos exclusivamente dependentes de suas mães as crianças serão, devido ao aumento do contato com outras figuras de apego significativas como professores, colegas e amigos, além do amadurecimento cognitivo que permite às crianças mais velhas compreenderem os sintomas depressivos de suas mães e desenvolverem estratégias de enfrentamento (Goddman et. al., 2011; Bagner, Pettit, Lewinsohn & Seeley, 2010).

Foram encontradas correlações moderadas e significativas entre a depressão materna e problemas de socialização, problemas de pensamento, quebra de regras e agressividade. Esses resultados indicam que a depressão materna influencia a presença ou não de problemas de comportamento nas crianças, representados tanto por níveis mais elevados de internalização (problemas de pensamento) como de externalização (quebra de regras), ambos repercutindo sobre os níveis de afeto e socialização da criança. Diversos estudos de revisão confirmam níveis semelhantes de correlação (Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000; Brum & Scherman, 2006; Mendes, Loureiro & Crippa, 2008; Goddman et. al., 2011).

Uma metaanálise de 193 estudos foi realizada para examinar a força da associação entre depressão materna e problemas comportamentais infantis (Goddman et. al., 2011). No artigo de revisão o distúrbio foi significativamente relacionado com níveis mais elevados de internalização, externalização e psicopatologia geral das crianças, além de apresentar relações com o aumento do nível de afeto negativo e diminuição do

positivo, sendo todas as associações de pequena magnitude (Goddman et. al., 2011).

Alguns estudos tentam explicar o impacto da depressão materna sobre os problemas de comportamento infantis através dos impactos da depressão sobre o estilo parental. Nesse sentido, estudos apontam que o transtorno mental materno pode afetar o estilo parental adotado pelas mães ao lidarem com seus filhos nas diferentes situações cotidianas e, por sua vez, o estilo parental adotado pode influenciar significativamente no desenvolvimento da criança (Cid & Matsukura, 2010; Cid, 2008).

Elgar, McGrathb, Waschbuschb, Stewart e Curtis (2004) revisam um modelo teórico para explicar a influência mútua entre depressão materna e problemas de ajustamento comportamental. Com base no trabalho de Goodman e Gotlib (1999), apresentam um modelo mais detalhado de quatro mecanismos envolvidos na transmissão de influências da depressão materna para o ajuste de crianças. O modelo também aborda fatores moderadores, tais como o envolvimento paterno e a inteligência da criança. No entanto, cada mecanismo de mediação no modelo é retratado como relevante apenas para a influência da depressão materna na adaptação da criança, dando atenção superficial às influências transacionais.

No modelo simplificado, observado na figura 1, podemos ver três conjuntos de mecanismos, todos inter-relacionados. O primeiro retrata os mecanismos biológicos e genéticos, incluindo tanto influências na vida uterina quanto ambientais que funcionam unidirecionalmente da mãe para o filho. O segundo representa os mecanismos psicossociais que têm a capacidade de influenciar tanto a mãe quanto os filhos. Inclui mecanismos como exposição a cognições e comportamentos negativos, funcionamento familiar e todas as interações mãe-filho, abrangendo mútuo, disciplina da criança e a modelagem comportamental. O terceiro grupo de mecanismos abarca os fatores contextuais como os recursos e desvantagens sociais, que podem direta ou indiretamente transmitir influências sobre o funcionamento materno-infantil.

O modelo apresenta a existência de fatores potencialmente agravantes para o desenvolvimento de problemas de comportamento infantil. Certas características familiares podem ameaçar direta ou indiretamente o desenvolvimento saudável da

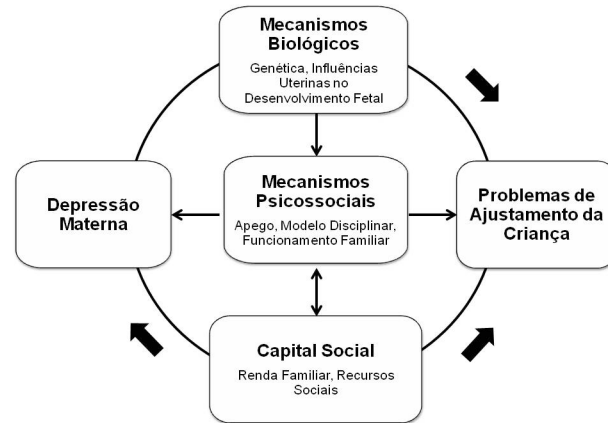


Figura 1 – Modelo teórico da mútua influência entre depressão materna e ajustamento da criança (adaptado de Elgar, Mcgrathb, Waschbuschb, Stewart & Curtis, 2004).

criança, conforme limitem as suas oportunidade de estimulação, adaptação e estratégias de enfrentamento entre elas e seus cuidadores, frente às adversidades ambientais e relacionais. Tais características englobam: baixa renda, baixa escolaridade dos pais, altos níveis de estresse familiar, baixos níveis de suporte social, altos **níveis de conflitos maritais, depressão e doenças psiquiátricas dos pais, além do nível de inteligência da criança, maturidade cognitiva, emocional e funcionamento neurológico.**

Considerações finais

A presença de um transtorno psiquiátrico nos pais é considerado um fator de risco para o desenvolvimento das crianças. Fatores de risco são variáveis associadas a uma alta probabilidade de desenvolver nos indivíduos a ele expostos problemas de saúde mental em diferentes níveis de severidade. No caso da criança, a sua condição de ser em desenvolvimento implica uma maior vulnerabilidade aos fatores de risco ambientais familiares e em especial aqueles que afetam a sua relação com seu principal cuidador, a mãe.

Dados sobre a relação entre depressão materna e problemas nos filhos podem ajudar os profissionais de saúde a identificarem, de forma mais eficaz, crianças que precisam de ajuda psiquiátrica. No nosso estudo ratificamos a visão de que a saúde mental materna, quando prejudicada

pela depressão, gera impactos socioemocionais negativos para a vida e comportamento da criança.

As interações que os pais estabelecem com seus filhos são consideradas por muitos pesquisadores como a base de todo o desenvolvimento posterior do indivíduo. Como a família se constitui no primeiro canal de contato da criança com o mundo, é possível afirmar que o desenvolvimento emocional, o comportamento social e a capacidade de aprendizagem da criança começam desde a infância, na interação com seus pais, quando ela é exposta a inúmeros estímulos que favoreçam o seu desenvolvimento. Assim sendo, pais e mães que não estejam preparados ou não consigam interagir de maneira adequada com seus filhos, quer por viverem em ambientes com poucos recursos sociais ou em decorrência da sua condição médica, não proporcionam oportunidades para a criança se desenvolver de maneira saudável.

Dessa forma, o estudo contribuiu com a questão traçando um perfil da relação entre saúde mental materna e psicopatologia infantil e, conseqüentemente, fornecendo informações para o desenvolvimento de técnicas e processos de recuperação de crianças com sofrimentos psíquicos relacionados às variáveis do ambiente familiar. Além disso, enfatiza-se que a saúde mental materna precisa ser alvo de políticas públicas que possibilitem às mães condições adequadas de saúde, qualidade de vida e o exercício pleno de suas funções parentais, visando o desenvolvimento saudável de seus filhos e filhas.

Referências

- Abreu, C. N., & Guilhardi, H. J. (2008). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2008). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L. et al. (2002). *Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in a Catchment Area in the City of São Paulo, Brazil*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 37, 316-25.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2009). *Introdução à psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Almeida, M. M. G. (2005). *Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 5(3), 337-348.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). *Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) – Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência: dados preliminares*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 17(2), 55-66.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). *Problemas de comportamento: um panorama da área*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5(2), 91-103.
- Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (2010). *Effect of Maternal Depression on Child Behavior: A Sensitive Period?*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(7), 699-707.
- Baker, A., Simpson, S., & Dawson, D. (1997). *Sleep disruption and mood changes associated with menopause*. J Psychosom Res, 43(4), 359-69.
- Brum, E. H. M., & Scherman, L. (2006). *O impacto da depressão materna nas interações iniciais*. PSICO, Porto Alegre, 37(2), 151-158.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais*. São Paulo: LSANTOS.
- Carvalho, D. M., Junqueira, G. P., Gracioli, S. M. A., & Mordin, M. B. M. (2009). *Avaliação do comportamento infantil: uma revisão da literatura*. Anais do III congresso de iniciação científica e X encontro de pesquisadores da Uni-FACEF.
- Cid, M. F. B. (2008). *Fatores de risco e proteção: saúde mental de mães e filhos, suporte social e estilo parental*. Dissertação de Mestrado, Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP.
- Cid, M. F. B., & Matsukura, T. S. (2010). *Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento*. Revista O Mundo da Saúde, São Paulo, 34(1), 72-81.

- Elgar, F. J., Mcgrathb, P. J. Waschbuschb, D. A. Stewart, S. H., & CURTIS, L. J. (2004). *Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems*. *Clinical Psychology Review*, 24, 441-459.
- Goddman, S. H. Rouse, M. H. Connell, A. M. Broth, M. R. Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). *Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review*. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, 14, 1-27.
- Goodman, R., & Scott, S. (2004). *Psiquiatria infantil*. São Paulo: Roca.
- Goodman, S. J., & Gotlib, I. H. (1999). *Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission*. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). *Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Mendes, A. V., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2008). *Depressão materna e a saúde mental de escolares*. *Rev Psiquiátr. Clin.*, 35(5), p.p.178-86.
- Mian, L., Tango, L. A., Lopes, J., & Loureiro, S. R. (2009). *A depressão materna e o comportamento de crianças em idade escolar*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 29-37.
- Pesce, R. (2009). *Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura*. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(2), 507-518.
- Ruzzi-Perreira, A. (2007). *Doença mental materna: ações de parenting e suporte social*. Dissertação de Mestrado, Fac. de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Sobrinho, F. P. N., & Cunha, A. C. B. (1999). *Dos problemas disciplinares aos distúrbios de conduta: práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Tuono, V. L., Jorge, M. H. P. M., Gotlieb, S. L. D., & Laurenti, R. (2007). *Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(2), 85-92.
- Vasconcelos, L. A. (2008). *Brincando com histórias infantis: uma contribuição da análise do comportamento para o desenvolvimento de crianças e adolescentes*. Santo André-SP: ESETEC.
- Weissmana, M. M., Feder, A., Pilowsky, D. J., Olfson, M., Fuentes, M. Blanco, C. (2004). *Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children*. *Journal of Affective Disorders*, 78, 93-100.

ANEXO

Tabela 7: Correlação de Pearson entre os fatores do CBCL e o escore no IDB.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IBD	1,00	0,47	0,34	0,23	0,50*	0,50*	0,37	0,53*	0,48*
ANSDEP	0,47	1,00	0,69**	0,56*	0,88**	0,84**	0,80**	0,68**	0,92**
RETRAD	0,34	0,69**	1,00	0,61**	0,62**	0,55*	0,50*	0,61**	0,60**
QSOM	0,23	0,56*	0,61**	1,00	0,70**	0,52*	0,44	0,40	0,53*
PROSOC	0,50*	0,88**	0,62**	0,70**	1,00	0,63**	0,66*	0,48*	0,77**
PROPEN	0,50*	0,84**	0,55*	0,52*	0,63**	1,00	0,69**	0,76**	0,87**
PROAT	0,37	0,80**	0,50*	0,44	0,66**	0,69*	1,00	0,67**	0,84**
COMQUER	0,53*	0,68**	0,61**	0,40	0,48*	0,76*	0,67**	1,00	0,72**
COMAG	0,48*	0,92**	0,60**	0,53*	0,77**	0,87**	0,84**	0,72**	1,00

Legenda: 1- Inventário Beck de Depressão (IBD); 2- problemas de ansiedade-depressão (ANSDEP), 3- problemas de retraimento (RETRAD); 4- problemas de queixa somática (QSOM); 5- problemas de socialização (PROSOC); 6- problemas de pensamento (PROPEN); 7- problemas com a atenção (PROAT); 8- comportamento de quebra de regras (COMQUER); 9- problemas de comportamento agressivo (COMAG). * significativa para $p < 0,05$; **significativa para $p < 0,01$.