

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**Fatores de risco e proteção: saúde mental de mães e filhos, suporte social e
estilo parental**

Maria Fernanda Barboza Cid

São Carlos

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**Fatores de risco e proteção: saúde mental de mães e filhos, suporte social e
estilo parental**

Maria Fernanda Barboza Cid

Orientadora: **Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação Especial

São Carlos

2008

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

C568fr

Cid, Maria Fernanda Barboza.

Fatores de risco e proteção : saúde mental de mães e filhos, suporte social e estilo parental / Maria Fernanda Barboza Cid. -- São Carlos : UFSCar, 2008.
98 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2008.

1. Fatores de risco e proteção. 2. Saúde mental. 3. Estilo parental. 4. Suporte social. I. Título.

CDD: 371 (20^a)

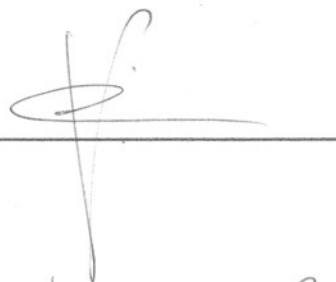


Banca Examinadora da Dissertação de **Maria Fernanda Barbosa Cid**

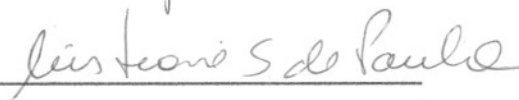
Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
(UFSCar)

Ass. 

Profa. Dra. Cláudia Maria Simões Martinez
(UFSCar)

Ass. 

Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula
(Mackenzie-São Paulo)

Ass. 

Dedicatória

Dedico esta dissertação às mães e crianças participantes deste estudo, que tão sinceramente me confiaram parte de suas vivências afetivas e sociais, pois acreditaram que, de alguma forma, isso poderia contribuir não só com a melhora de sua própria qualidade de vida, mas também e principalmente, com a melhoria das condições de saúde e educação voltadas a todas as mães com dificuldades emocionais e seus filhos.

Agradecimentos

À **Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura** por me oferecer com tanta sinceridade e dedicação: orientação, ensinamentos, escuta, amizade, afeto, companheirismo, segurança, oportunidades... Enfim, por me tornar a cada dia uma pessoa melhor e por ser tão fundamental em minha vida...

Às **Profas. Dras. Cláudia Simões Martinez, Ana Lúcia Rossito Aiello e Tânia Maria Santana de Rose** que participaram da Banca para o Exame de Qualificação e que contribuíram de maneira muito especial para a melhoria deste estudo.

À querida amiga e agora Terapeuta Ocupacional **Maria Denise Pessoa Silva**, que entrou em minha vida no decorrer do desenvolvimento desse trabalho, e fez toda diferença... Muito obrigada pelo auxílio, pela dedicação, pelo companheirismo, pela amizade e pelo cuidado que dispensou a mim durante todo esse período!

Às amigas e companheiras de estudo: **Érika, Diana, Mariana, Denise, Fernanda, Luana, Sandra, Paula, Carolina e Ana Cristina**, pelas trocas e incentivos constantes, que me impulsionam sempre! Um agradecimento especial à Fernanda, Luana e Sandra, pela ajuda fundamental que ofereceram durante a minha coleta de dados... Meninas, vocês são especiais...

Aos queridos **Avelino e Elza**, funcionários da secretaria do PPGEES, por terem estado sempre prontos a atender minhas dúvidas e solicitações com muito carinho, disponibilidade e dedicação. Vocês fizeram toda a diferença! Muito obrigada!

Aos meus **pais**, Angélica e Nivaldo e **irmãos** Cecília e Marcelo por sempre acreditarem em meus objetivos, vibrarem com minhas conquistas e me incentivarem em todos os meus projetos! Muito obrigada pela eterna inspiração e motivação que vocês me proporcionam...

Aos meus queridos **avós Eloy e Teresinha**, sempre tão presentes e afetivos...

Ao **Eloy**, meu primo querido, cujo coração é imenso... que por diversas vezes interrompeu suas atividades para me ajudar nas incansáveis pesquisas bibliográficas! Muito obrigada por atender minhas “chamadas on line” com tanta prontidão...

Ao **Germano**, meu companheiro de todas as horas... por acreditar e se interessar por meus projetos, por me ajudar a resolver os problemas técnicos, por me ouvir e compreender sempre, por ser tão amoroso, por me aceitar de forma tão completa e participar tão intensamente de tudo o que eu faço, pelo nosso Pedro... Muito obrigada, meu amor!

Ao **Pedro**, meu sonho... Presente que eu recebi durante a realização desse trabalho, o tornando muito mais especial e intenso. Obrigada por me realizar, por me tornar mais corajosa, mais produtiva, por fazer a minha vida mais emocionante, colorida, iluminada e feliz...

Às **mães e crianças** participantes deste estudo, por me confiarem parte de suas vivências afetivas e sociais, por acreditarem, de alguma forma, que isso seria positivo e pelo ensinamento que cada uma, de maneira única e especial me proporcionou.

Resumo

Estudos indicam que certas características familiares, tais como baixa renda e escolaridade dos pais, baixos níveis de suporte social, altos níveis de discórdia marital, depressão e doença psiquiátrica dos pais podem ser consideradas como fatores de risco para o desenvolvimento infantil. Observa-se que dentre tais características, a presença de um transtorno psiquiátrico nos pais tem sido apontada como importante fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento dos filhos. Alguns estudos apontam que mães doentes mentais são menos afetivas com os filhos, menos disponíveis e possuem maior insegurança e ansiedade. O objetivo do presente estudo foi: identificar os estilos parentais e os níveis de suporte social de mães com transtorno de humor e possíveis indicativos de correlações com níveis de desenvolvimento sócio-emocional de seus filhos. Foram participantes dez crianças de idade entre 7 a 12 anos e suas mães: cinco mães com transtorno mental e suas crianças e cinco mães sem transtorno mental e seus filhos que compuseram o grupo controle. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), que buscou avaliar o desenvolvimento sócio-emocional das crianças; Inventário de Estilo Parental (IEP), que visou identificar os estilos parentais utilizados pelas mães na educação de seus filhos e o Questionário de Suporte Social (SSQ), para a avaliação do suporte social recebido pelas mães. As análises dos dados dos questionários foram realizadas através de estudos estatísticos, sendo que para as análises das diferenças entre os grupos, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney e para as análises de correlação, o teste de Spearman. Os resultados apontaram que as mães com transtorno de humor são menos satisfeitas com o suporte social que recebem, punem mais de forma inconsistente seus filhos que as mães do grupo controle e possuem Estilo Parental considerado de Risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais nas crianças. Quanto ao desenvolvimento emocional dos filhos, os resultados não mostraram diferenças significativas entre os grupos, de forma que o transtorno de humor materno não parece influenciar diretamente no desenvolvimento sócio-emocional dos filhos.

Palavras chave: transtorno mental materno, estilos parentais, suporte social, fatores de risco e proteção, saúde mental infantil.

Abstract

Studies indicate that some family characteristics, such as poverty and parents' low education, low levels of social support, high levels of marital discord, parents' depression and parents' mental disorders are risk factors that influence children development. It is observed that among those characteristics, the parents' mental disorder has been considered a relevant vulnerability factor influencing children's development. Some studies indicate that mothers who suffer from mental disorders are less affectionate to their children, less available to their needs and demonstrate high levels of insecurity and anxiety. The purposes of this study were: identifying the parenting and the social support levels of mothers who suffer from humor disorders and investigating the relation between these elements and the social-emotional development levels of their children. The participants were ten children aged between 7 and 12 years old and their mothers: five children of mothers with mental disorders and five children of mothers without mental disorders, who composed the control group. The instruments which were used in the data collect were: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), which evaluated the children's social-emotional development; Parenting Style Inventory (IEP), that aimed to identify the mothers' parenting in their children's education and the Social Support Questionnaire (SSQ), which evaluated the social support provided to the mothers. The data analyses were carried out through statistic studies. The results indicate that the mothers who suffer from humor disorders are less satisfied with the social support that is provided to them. Also, they punish their children in a less consistent way when compared with mothers from the control group. Moreover, it was identified in mothers with mental disorders a risky parenting that can contribute to the development of anti-social behaviors in their children. Concerning the children's social-emotional development, the results did not reveal significant differences between the groups, so that the maternal humor disorders do not seem to influence directly the children's social-emotional development.

Key-words: maternal mental disorder, parenting, social support, risk and protection factors, children mental health.

Sumário

Introdução.....	1
Estilos parentais e saúde mental dos filhos	11
A influência da saúde mental materna nos estilos parentais	18
Transtorno mental materno e desenvolvimento dos filhos	21
Método.....	30
Participantes	30
Instrumentos de medida	33
Procedimentos	40
Resultados	47
Resultados gerais dos instrumentos utilizados:.....	48
Resultados da análise de diferenças entre os grupos em relação ao Suporte Social, aos Estilos Parentais e à Saúde Mental Infantil	61
Resultados das análises das correlações entre as variáveis suporte social (SSQ), Estilo Parental (IEP) e saúde mental infantil (SDQ).....	67
Discussão	76
Considerações Finais.....	89
Referências Bibliográficas	92
ANEXOS	98

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados Gerais dos Participantes.....	32
Tabela 2. Resultados do SSQ-N e do SSQ-S para as mães do GTM e do GC ..	48
Tabela 3 – Fontes de suporte social das mães do GTM e do GC:	49
Tabela 4. Resultados do IEP respondido pelas mães participantes do GTM:.....	51
Tabela 5. Resultados do IEP respondido pelas mães participantes do GC:	53
Tabela 6: Resultados do IEP respondido pelas crianças participantes do GTM	55
Tabela 7: Resultados do IEP respondido pelas crianças participantes do GC: ..	57
Tabela 8: Resultados do SDQ respondido pelas mães participantes do GTM e do GC:	59
Tabela 9. Resultados do teste de Mann-Whitney para o SSQ (SSQ-N e SSQ-S)	61
Tabela 10. Resultados do teste de Mann-Whitney para o IEP–versão para mães	63
Tabela 11. Resultados do teste de Mann-Whitney para o IEP–versão para crianças.....	65
Tabela 12: Resultados do teste de Mann-Whitney para o SDQ.....	66
Tabela 13. Resultados do teste de Correlação de Spearman – Sub-escalas do IEP (versão para mães) e escala Total de Dificuldades do SDQ	68
Tabela 14. Resultados do teste de Correlação de Spearman –Escalas do IEP (versão para crianças) & Total de Dificuldades do SDQ	69
Tabela 15. Resultados do teste de Correlação de Spearman –Escalas do IEP (versão para crianças) & SSQ-N.....	70
Tabela 16. Resultados do teste de Correlação de Spearman – Escalas do IEP (versão para mães) & SSQ-N.....	71
Tabela 17. Resultados do teste de Correlação de Spearman – Escalas do IEP (versão para crianças) & SSQ-S.....	72
Tabela 18. Resultados do teste de Correlação de Spearman –Escalas do IEP (versão para mães) & SSQ-S	73
Tabela 19. Resultados do teste de Correlação de Spearman – SDQ & SSQ (SSQ-N e SSQ-S).....	74

Introdução

Estudos indicam que o desenvolvimento infantil é influenciado por aspectos genéticos, biológicos e ambientais que, quando associados a conseqüências negativas para o desenvolvimento, são chamados de *fatores de risco*, que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo (Webster-Stratton, 1998).

Hutz (2005) aponta que os fatores de risco estão relacionados a todo tipo de eventos negativos de vida e que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais.

De acordo com Halpern e Figueiras (2004), o desenvolvimento infantil é determinado por características pessoais do indivíduo - físicas e mentais - e pelo ambiente social em que ele vive, de forma que ameaças diretas ao desenvolvimento podem ocorrer como conseqüência de problemas genéticos e biológicos adquiridos e também pela presença de adversidades ambientais. Assim, a manifestação dos fatores de risco em relação ao desenvolvimento infantil pode estar associada às questões biológicas, à continuidade direta ou indireta de adversidades ambientais e a processos cognitivos. Portanto, os resultados negativos no desenvolvimento são produzidos pela combinação de fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais, geralmente envolvendo interações complexas entre eles.

Dentre os fatores de risco, estão certas características familiares, que podem colocar as crianças em maior risco para o desenvolvimento saudável.

Tais características englobam: baixa renda, baixa escolaridade dos pais, altos níveis de estresse familiar, baixos níveis de suporte social, altos níveis de discórdia marital, depressão e doença psiquiátrica dos pais (Fleitlich & Goodman, 2000; Guralnick, 1997; Halpern & Figueiras, 2004).

Observa-se que a presença de um transtorno psiquiátrico nos pais é considerada um fator de risco para o desenvolvimento das crianças (Guralnick, 1997; Halpern & Figueiras, 2004; Linhares, Bordim & Carvalho, 2004).

Segundo Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnow, Markman, Ramey, Shure e Long (1993) os 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. Os autores apontam que a probabilidade de adoecimento pode aumentar em função do número, da duração e da “toxicidade” dos fatores de risco.

Greenberg, Domitrovitch e Bumbarger (2001) citam sete domínios individuais e ambientais que podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias em crianças. São eles:

- *1. Incapacidades constitucionais*, que podem ser derivadas de complicações perinatais, desequilíbrio neurológico, doenças orgânicas e doenças sensoriais;
- *2. Atraso no desenvolvimento*, caracterizados por dificuldade de aprendizagem, incompetência social, déficits de atenção, dificuldades na linguagem, etc;

- 3. *Dificuldades emocionais*, tais como apatia, imaturidade, baixa auto-estima e desequilíbrio emocional;
- 4. *Circunstancias familiares*, relacionadas a baixo status socioeconômico, doença mental na família, número de pessoas na família, abuso infantil, eventos de vida estressantes, desorganização familiar, comunicação familiar pobre, conflitos familiares e vínculo parental pobre;
- 5. *Problemas interpessoais*, caracterizados por rejeição pelos pares, alienação e isolamento;
- 6. *Problemas escolares*, tais como fracasso escolar;
- 7. *Riscos ecológicos*, como desorganização da vizinhança, pobreza extrema, injustiça racial e desemprego.

Greenberg, Domitrovitch e Bumbarger (2001) apontam que o desenvolvimento não é determinado por um simples fator de risco, mas multideterminado por relações complexas entre variáveis biológicas e ambientais, de forma que seria duvidoso pensar que somente um fator de risco poderia ocasionar problemas a um determinado indivíduo.

Poletto, Wagner e Koller (2004) consideram que a exposição a fatores de risco pode fortalecer a condição de vulnerabilidade, contribuindo para a compreensão do que ocorre ao indivíduo em situação de risco. Todos aqueles elementos que potencializam situações de risco ou impossibilitam que os indivíduos respondam de forma satisfatória ao estresse podem remeter à vulnerabilidade, que pode ser compreendida como a predisposição individual

para o desenvolvimento de doenças ou comportamentos ineficazes em situação de crise ou na presença de risco (Poletto, Wagner & Koller, 2004). Yunes e Szymanski (2001) apontam ainda que a vulnerabilidade pode estar relacionada tanto à fatores internos do indivíduo, tais como predisposição genética, baixa auto-estima e traços da personalidade, quanto à condições externas, como por exemplo: práticas educativas parentais ineficazes podem deixar crianças mais vulneráveis.

Desenvolvimentistas contemporâneos acreditam que as adversidades não costumam estar isoladas ou independentes, já que fazem parte do contexto social, envolvem fatores políticos, socioeconômicos, ambientais, culturais, familiares e genéticos. Dessa forma, os fatores de risco, como variáveis com alta probabilidade de causar ou relacionar-se ao desencadeamento de um evento indesejado, quando em associação interativa, constituem-se em mecanismos de risco, aumentando a probabilidade ou desencadeando um desfecho desenvolvimental negativo para o indivíduo (Rutter, 1999).

Quando muitas situações de risco se associam, dificultam o cumprimento da agenda desenvolvimental (desenvolvimento de habilidades físicas, cognitivas e sócioemocionais, desempenho de papéis sociais, etc), por isso a importância em se prever fatores de risco não está tanto relacionada ao prognóstico ruim, mas principalmente em demonstrar a necessidade de ser capaz de intervir quando for preciso (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Sameroff, Seifer, Barocas, Zax e Greenspan (1987) em um estudo que objetivou identificar os fatores de risco sócio-ambientais envolvidos no baixo

Quociente de Inteligência (QI) apresentado por crianças de quatro anos de idade, apontam uma relação de dez fatores de risco ambientais que podem afetar o desenvolvimento das crianças, a saber: 1) saúde mental materna; 2) ansiedade materna; 3) perspectivas parentais limitadas; 4) comportamentos interativos maternos limitados; 5) status ocupacional do provedor; 6) baixa escolaridade materna; 7) família de grupos étnicos minoritários; 8) famílias monoparentais; 9) presença de eventos estressantes; e 10) famílias com 4 ou mais filhos.

Observa-se que dos dez fatores de risco citados, quatro estão diretamente relacionados às características maternas.

Kohn, Levav, Alterwain, Conterá e Grotta (2001), na revisão de literatura sobre os fatores de risco demográficos que se relacionam com a presença de transtornos emocionais e de conduta em crianças; apontam que vários fatores advindos do ambiente familiar podem aumentar o risco de uma criança apresentar problemas emocionais, tais como a presença de conflitos entre os pais e a falta de interação entre pais e filhos. Os autores destacam, ainda, que a presença de um transtorno psiquiátrico em um dos pais interfere significativamente no desenvolvimento emocional dos filhos.

Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) realizaram um estudo transversal com 100 crianças e suas mães assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Ribeirão Preto, no qual avaliaram problemas emocionais na criança e variáveis do contexto familiar (nível socioeconômico, eventos de vida, estresse materno, depressão materna e recursos do ambiente familiar). As

autoras encontraram associações entre o estresse materno e problemas de saúde mental na criança, tais como ansiedade e depressão.

Nota-se, a partir dos estudos apresentados, que a saúde mental materna tem sido apontada como importante fator na determinação do desenvolvimento sócio-emocional de crianças, de forma que quando a mãe apresenta problemas relativos à sua saúde emocional, torna-se um fator de risco importante para o desenvolvimento de prejuízos emocionais nos filhos.

Paralelamente aos fatores de risco a que estão submetidas as crianças, tem-se os fatores de proteção, que podem ser entendidos como recursos pessoais ou sociais que amenizam ou inibem o impacto do risco (Greenberg et. al., 2001). Os fatores de proteção podem atuar favorecendo o desenvolvimento humano, quando este está sendo ameaçado pela exposição ao risco e podem ser identificados e ativados na situação de risco. Podem não ter efeito na ausência de um estressor, pois sua função é modificar a resposta do indivíduo em situações adversas, mais do que favorecer diretamente o desenvolvimento (Coie et. al., 1993; Dekovic, 1999; Greenberg et. al., 2001; Mondim, 2005).

De acordo com Rutter (1987), os mecanismos de risco se diferem dos processos de proteção e vulnerabilidade no fato de que o risco leva o indivíduo a apresentar desordens de diversos níveis, enquanto a proteção atua indiretamente com seus efeitos, apenas quando existir a interação com os fatores de risco.

Segundo este mesmo autor, são quatro os principais mecanismos que colaboram para a ocorrência de processos de proteção, a saber: 1. Redução do

impacto dos riscos; 2. Redução das reações negativas em cadeia que seguem a exposição ao risco; 3. Estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia a partir da presença de relações afetivas seguras e do cumprimento das tarefas desenvolvimentais com sucesso; 4. Criar oportunidades que possam mudar o curso de vida da pessoa exposta à fatores de risco para resultados mais positivos em seu desenvolvimento (Rutter, 1987).

Yunes e Szymanski (2001) colocam que o produto final dos processos de proteção é a resiliência, que pode ser entendida como a habilidade de um indivíduo, grupo ou organização social de superar crises e adversidades, cujas bases são tanto intrínsecas ao indivíduo quanto ambientais. Destaca-se que a resiliência se altera de acordo com a situação.

Ainda com relação aos fatores de proteção, Coie et. al. (1993) os classificaram em dois grupos: características individuais e recursos do ambiente. Os fatores pessoais evidenciam-se pelas condições biológicas, através da saúde física e do temperamento, e se relacionam às experiências com o ambiente social através da auto-estima e das relações de confiança. O poder aquisitivo ou o suporte social oferecido pela comunidade e a afetividade oportunizada pela família, pelos amigos e pelos demais membros significativos do contexto ecológico, são considerados aspectos ligados aos recursos do ambiente.

O suporte social tem sido considerado como um importante fator de proteção para o desenvolvimento. Matsukura (2001) destaca o suporte social como um metaconstruto com três componentes conceituais distintos, a saber:

recursos de rede de suporte, comportamento suportivo e as avaliações subjetivas de suporte. Sendo que, de acordo com um enfoque ecológico, os recursos das redes sociais podem ser desenvolvidos, mantidos e estimulados ou deteriorados, negligenciados e, até, destruídos, em função de variáveis como características dos indivíduos que compõem a rede, fatores ambientais ou culturais e interações entre essas variáveis (Matsukura, 2001).

De acordo com Dessen e Braz (2000):

Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental; para o enfrentamento de situações estressantes, como tornar-se pai ou cuidar de alguém doente por muito tempo; para o alívio dos estresses físico e mental; e para a promoção de efeitos benéficos nos processos fisiológicos relacionados aos sistemas cardiovascular, endócrino e imunológico (p 222).

O estudo de Hashima e Amato (1994) investigou associações entre pobreza, suporte social e comportamento parental a partir do Levantamento Nacional de Famílias e Atividades Domésticas (NSFH). Esses autores encontraram uma relação significativa entre suporte social percebido, renda familiar e comportamentos parentais punitivos, isto é, o suporte social foi negativamente associado com relatos de comportamentos punitivos dos genitores em relação aos filhos, principalmente em famílias de baixa renda. O auxílio recebido da rede também foi negativamente correlacionado com relatos dos genitores de emissão de comportamentos de não apoiar os filhos. Os autores concluem que o suporte social diminui a possibilidade de ocorrência de comportamentos negativos (punitivos e/ou não-apoiadores) em famílias de

diferentes níveis sócio-econômicos, sendo especialmente benéfico para genitores provenientes de classes sociais menos favorecidas.

Ceballo e McLoyd (2002) desenvolveram um estudo, no qual investigaram a influência de vizinhanças perigosas - enquanto uma condição de estresse ambiental - na relação entre suporte social de mães americanas e estratégias de *parenting*. A pesquisa foi conduzida a partir de entrevistas com 282 mães americanas afro-descendentes solteiras e suas crianças. Os resultados indicaram que as condições da vizinhança atuam como moderadoras na relação entre suporte social e *parenting*, sendo que quando as condições da vizinhança são melhores a relação negativa encontrada entre suporte social recebido e comportamentos parentais punitivos ficou mais fortalecida. As autoras concluem que o suporte social influencia de forma positiva o *parenting*, além de atenuar os efeitos da pobreza e da vizinhança ameaçadora.

Observa-se, assim, que o suporte social constitui-se em um importante fator de proteção, atuando tanto no bem estar de adultos/pais quanto no desenvolvimento das crianças.

Com relação à saúde mental infantil, que pode ser compreendido como um elenco de habilidades adaptativas que envolvem aspectos emocionais, comportamentais e sociais (Santos & Marturano, 1999, Schwengber & Piccinini, 2003), autores têm apontado que aspectos presentes no ambiente em que a criança vive, são os mais diretamente ligados à presença ou não de problemas relativos à saúde mental infantil, tais como problemas externalizantes, que compreendem os transtornos de conduta, agressividade,

impulsividade, hiperatividade, comportamentos delinquentes e problemas internalizantes, que se referem à depressão, ansiedade, retraimento social e queixas somáticas (Ferriolli, Marturano & Puntel, 2007; Halpern & Figueiras, 2004; Kohn, Levav, Alterwain, Conterá & Grotta, 2001; Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini & Hutz, 2005).

Dekovic (1999), objetivou examinar a importância dos fatores de risco e dos fatores protetivos no desenvolvimento de problemas de comportamento em adolescentes e determinar quais são mais influentes nesse processo. A autora considerou os fatores de risco e proteção em três domínios: 1. *Atributos individuais*: nos quais considerou motivação, auto-estima, estratégias de coping e desempenho escolar; 2. *Atributos familiares*: relativos a severidade e monitoria parental, vínculo familiar e suporte parental e 3. *Atributos extra-familiares*: que se referem ao envolvimento e vínculo com pares de comportamento desviante. Participaram 508 famílias que foram investigadas a partir de diferentes medidas (medidas de problemas externalizantes e internalizantes, medidas de fatores de risco e fatores de proteção nos domínios individual, familiar e extra-familiar). A autora encontrou que os atributos ambientais, tanto familiares quanto extra-familiares parecem estar fortemente relacionados ao desenvolvimento de problemas de conduta em crianças, principalmente no que se refere aos problemas externalizantes.

Outras investigações voltadas às práticas e estilos parentais enquanto fatores de risco e proteção para a saúde mental infantil têm sido desenvolvidas, e seus resultados têm apresentado o importante papel das práticas e estilos

parentais adotados pelos pais na determinação da saúde mental dos filhos (Ceconello & Koller, 2003; Dwairy, Kariman & Menshar, 2006; Gomide, 2006; Salvo, Silvaes & Toni, 2005; Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman & Bordin, 2005; Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003). Para compreender melhor esse processo, apresenta-se algumas considerações no tópico a seguir.

Estilos parentais e saúde mental dos filhos

Autores apontam que no dia-a-dia familiar os pais buscam direcionar o comportamento dos filhos a fim de que os mesmos sigam princípios morais e aprendam comportamentos que garantam a independência, a autonomia e responsabilidade e, assim, possam exercer adequadamente o papel social quando jovens e adultos (Costa, Teixeira e Gomes, 2000; Gomide, 2003, Oliveira, Marin, Pires, Frizzo, Ravanello & Rossato, 2002).

Para isso, os pais se utilizam de diversas estratégias e técnicas para orientar o comportamento dos filhos no cotidiano e promover sua independência e socialização. Tais estratégias e técnicas utilizadas pelos pais na educação dos filhos, são denominadas práticas educativas parentais (Gomide, 2003; Ceconello et. al., 2003; Oliveira et. al., 2002).

O resultado do uso de um conjunto de Práticas Educativas Parentais, denomina-se *Estilo Parental* (Gomide, 2003; Oliveira et. al., 2002; Salvo et. al., 2005), que pode ser entendido como a maneira que os pais lidam com as questões de poder, hierarquia e apoio emocional na relação com os filhos. Observa-se que o estilo parental tem influência significativa no

desenvolvimento sócioemocional e cognitivo das crianças (Costa et. al., 2000; Teixeira, Bardagi & Gomes, 2004).

Cecconello (2003) aponta que o Estilo Parental é o padrão global de características da interação dos pais com os filhos em diversas situações, gerando um clima emocional.

Dishion e McMahon (1998) consideram o estilo parental (*parenting*) como um processo complexo que abrange: responsividade, qualidade das relações pais-filho, colocação de limites, reforço positivo, solução de problemas e envolvimento parental na vida dos filhos. Esse processo varia de acordo com a idade da criança e com a dinâmica de atividades e relações que ela vivencia nos diversos ambientes que frequenta nas diferentes fases de seu desenvolvimento. Os autores colocam que o *parenting* se constitui em uma conexão dinâmica com um sistema de tarefas e interações entre pais e filhos que são mutuamente dependentes e definidas hierarquicamente. A qualidade desta relação se baseia na motivação parental, compreendida como a crença dos pais no sistema de valores, normas e objetivos familiares, no monitoramento dos pais com relação à vida dos filhos e no controle do comportamento dos filhos, que pode ocorrer através de reforços positivos, incentivo, colocação de limites, negociação, etc.

As estratégias utilizadas pelos pais na educação de seus filhos e também os estilos parentais originados a partir de tais estratégias, têm sido objeto de investigação de estudiosos há, aproximadamente, quarenta anos, na busca de identificar os fatores pelos quais os pais se apóiam para educar seus

filhos e de que maneira esse processo influencia na saúde mental das crianças e adolescentes.

Nessa direção, Baumrind (citado por Costa et. al., 2000) – pioneiro no estudo da influência das práticas e estilos parentais no desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes, propôs que a variação do nível do controle parental, aliada a outros aspectos da interação pais-filho, como comunicação e afeto, produz três estilos parentais diferentes: Estilo autoritativo; Estilo Autoritário e Estilo Permissivo.

O modelo de Baumrind foi reformulado por Maccoby e Martim (citado por Costa et. al., 2000), que propuseram duas dimensões nas práticas educativas dos pais, denominadas: exigência e responsividade. Sendo que a exigência, se caracteriza por comportamentos parentais que buscam supervisão e disciplina e a responsividade, se refere a comportamentos parentais de apoio, compreensão e comunicação, visando favorecer o desenvolvimento da autonomia e autoafirmação dos filhos. A combinação dessas duas dimensões resultam em 4 estilos parentais propostos por Maccoby e Martim, são eles:

Estilo autoritativo: Combinação entre exigência e responsividade em altos níveis. Se caracteriza por regras claras, monitoramento da conduta dos filhos a partir de correção e gratificação, comunicação clara e aberta, presença do afeto seguro e responsividade às necessidades dos filhos.

Estilo autoritário: Caracteriza-se pelos altos níveis de exigência e controle e baixa responsividade. A obediência é buscada a partir do respeito à

autoridade e à ordem. Há o uso da punição como forma de controle, o diálogo não é valorizado e há baixa responsividade e afeto.

Estilo Indulgente: este estilo parental se relaciona a baixo controle e alta responsividade. Suas principais características são: ausência de regras e limites claros; poucas demandas de responsabilidade e maturidade; excesso de tolerância e presença de afeto e comunicação.

Estilo Negligente: os pais que se caracterizam por este estilo parental, combinam baixo controle e baixa responsividade ao lidarem com seus filhos. Além disso, não há monitoramento do comportamento do filho, os pais não se envolvem com as atividades dos filhos, de forma que os pais são centrados em interesses próprios.

Estudos referentes aos estilos parentais têm apontado que o Estilo parental autoritativo é o mais fortemente relacionado ao desenvolvimento de maturidade psicossocial, competência, desempenho escolar, auto-estima, baixos índices de problemas de comportamento e problemas emocionais. Os outros estilos estão mais relacionados com resultados negativos no desenvolvimento (Costa et. al., 2000; Gomide, 2003; Teixeira et. al., 2004).

No que se refere às práticas educativas parentais - estratégias e técnicas que os pais utilizam para orientar o comportamento dos filhos - Gomide (2006) as relaciona ao desenvolvimento ou inibição do comportamento anti-social dos filhos e as classifica em dois grandes grupos:

- As Práticas Educativas Parentais Positivas, que desenvolvem comportamentos pró-sociais;

- As Práticas Educativas Parentais Negativas, que desenvolvem comportamentos anti-sociais.

Os comportamentos pró e anti-sociais desenvolvidos dependem da intensidade e frequência que os pais utilizam determinadas estratégias.

A autora selecionou oito práticas parentais para estudar os estilos parentais que tratam do resultado do uso do conjunto de práticas. Seis delas estão vinculadas ao desenvolvimento do comportamento anti-social e duas se relacionam à promoção do comportamento pró-social.

A seguir apresenta-se um breve detalhamento sobre cada prática educativa, conforme apontado por Gomide (2006).

As práticas educativas consideradas positivas são:

Monitoria Positiva

Conjunto de comportamentos parentais de atenção às atividades e à adaptação dos filhos. É caracterizada pela presença equilibrada da atenção, estabelecimento de regras claras, expressão segura do afeto, acompanhamento e supervisão das atividades.

Comportamento Moral

Refere-se ao desenvolvimento da empatia, do senso de justiça, da responsabilidade, do trabalho, generosidade e do conhecimento do certo e do errado, sempre seguindo o exemplo dos pais.

As práticas Educativas Negativas são:

Abuso físico e psicológico

O abuso físico se caracteriza pela disciplina a partir de práticas corporais negativas; é o resultado potencial da punição corporal, caracterizado pelo socar, espancar, chutar ou machucar a criança. Ressalta-se que práticas parentais violentas são consideradas um fator de risco para o desenvolvimento de problemas sociais e psicológicos (condutas anti-sociais e distúrbios psiquiátricos).

O abuso psicológico se caracteriza principalmente pela ameaça, chantagem de abandono e humilhação da criança. Pode ser o mais freqüente dos tipos de abuso infantil, no entanto é mais sutil e difícil de mensurar. Dificulta o desenvolvimento da autonomia e das relações sociais, podendo causar baixa auto-estima e depressão.

Disciplina Relaxada

Trata-se do relaxamento das regras estabelecidas. Os pais estabelecem regras, ameaçam, e quando se deparam com comportamentos de oposição dos filhos, abrem mão de seu papel educativo. Considerada um fator de risco para os problemas de conduta e delinqüência.

Monitoria Negativa

Se caracteriza pelo excesso de instruções e regras, independentemente do seu cumprimento. Torna o ambiente familiar hostil e pode ser denominada também de Supervisão Estressante.

Negligência

Ausência de atenção e afeto. Os pais negligentes se caracterizam pela não responsividade, se retiram de situações difíceis, ignoram a maioria dos

comportamentos e atividades das crianças. A negligência desencadeia sentimentos de insegurança, vulnerabilidade e dificuldade nos relacionamentos sociais.

Punição Inconsistente

Pais que se utilizam dessa prática, se orientam pelo seu humor no momento de punir ou reforçar e não pelo ato praticado pela criança. Esse tipo de punição interfere sobretudo na percepção que a criança desenvolve sobre si.

Ressalta-se que a utilização pelos pais, de várias práticas parentais consideradas negativas, por exemplo: negligência, punição inconsistente e abuso físico, em detrimento das positivas, caracteriza um estilo parental de risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais pelas crianças. Ao contrário, o uso das práticas consideradas positivas – comportamento moral e monitoria negativa – em detrimento das negativas, caracteriza um estilo parental ótimo (Gomide, 2006).

Encontram-se na literatura nacional, dois instrumentos para a avaliação de Estilos parentais, são eles:

1. Inventário de Estilos Parentais (IEP) – elaborado por Gomide (2003) a fim de identificar famílias em que haja alta probabilidade de desenvolvimento de comportamentos anti-sociais ou pró-sociais em pelo menos um de seus membros. Foi desenvolvido a partir de oito práticas parentais selecionadas pela autora.

2. Escalas de Responsividade e Exigência Parental – traduzidas e adaptadas por Costa, Teixeira e Gomes (2000): avaliam as dimensões de responsividade e exigência parental a partir de questões abordadas junto à adolescentes, caracterizando quatro estilos parentais a saber: negligente, autoritário, autoritativo e indulgente.

No presente estudo optou-se pela utilização do Inventário de Estilos Parentais (Gomide, 2003), que avalia o estilo parental adotado pelos pais a partir de oito práticas parentais, permitindo, assim, não só a identificação/avaliação do estilo parental, mas também das diferentes práticas (positivas e negativas) adotadas pelos pais de forma isolada.

A influência da saúde mental materna nos estilos parentais

Alguns estudos têm investigado a influência da depressão materna nas práticas e estilos parentais. Eles apontam que a depressão ou outro transtorno mental materno influencia negativamente o estilo parental das mães e conseqüentemente traz prejuízos sócio-emocionais para as crianças (Leiferman, Ollendick, Kunkel & Christie, 2005; Oyserman, Bybee, Mowbray & Johnson 2005; Ruzzi-Pereira, 2007)¹.

Leiferman et. al. (2005) examinaram se o estresse mental materno afeta as práticas parentais relacionadas à monitoria de atividades dos filhos (rotina diária e atividades estimuladoras – ler para o filho, ouvir sons, cantar e

¹ A realização da pesquisa bibliográfica e de revisão de literatura do presente estudo foi feita a partir de consultas a diferentes bases de dados, a saber: Scielo, Web of Science e Google acadêmico, durante o período de março a julho de 2006 e de julho a novembro de 2007.

com a criança, passear, etc), em uma amostra de 1638 mães americanas, cujos filhos tinham de 0 a 3 anos de idade. O estresse materno foi identificado a partir do Mental Health Index (MHI-5) e as práticas parentais foram examinadas a partir do National Survey of Early Childhood Health (NSECH). Os autores encontraram que aproximadamente 14% das mães reportaram altos níveis de estresse mental e 25% do total de mães relataram que não se engajam em atividades estimuladoras com os filhos, além de não interagir consistentemente com a criança em sua rotina diária. Eles encontraram ainda, uma relação significativa entre o estresse mental materno e o não engajamento positivo dessas mães na rotina diária de seus filhos, mas não encontraram relações entre o estresse materno e o engajamento das mães em atividades estimuladoras com suas crianças.

Oyserman, Bybee, Mowbray e MacFarlane (2002), investigaram associações entre problemas na saúde mental de mães brancas americanas diagnosticadas com depressão, transtorno bipolar ou esquizofrenia, com os estilos parentais e o desempenho acadêmico dos filhos e encontraram que há uma associação significativa entre problemas na saúde mental materna, estilos parentais permissivos, caracterizados por prejuízos na confiança parental, na colocação de limites e por hostilidade verbal e baixo desempenho escolar dos filhos.

O estudo nacional de Ruzzi-Pereira (2007), teve por objetivo identificar associações entre práticas parentais de mães com transtornos mentais, suporte social e condições sócio-econômicas. Participaram 41 mães

com transtornos de humor e neuróticos, bem como mães sem transtornos mentais, que constituíram um grupo de comparação. Todas as mães possuíam filhos com idade entre 12 e 18 anos. Os resultados encontrados apontaram que as mães com transtorno mental são menos satisfeitas com o suporte social recebido e menos exigentes e responsivas com relação aos filhos. A autora conclui que as ações de cuidado materno são influenciadas negativamente pela doença mental, pela pouca satisfação com o suporte social recebido e por situações financeiras precárias

Assim, observa-se que alguns 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 o desenvolvimento da criança, em suas várias esferas, seja ela emocional, social ou cognitiva.

Porém ressalta-se que a amostra dos estudos apontados varia em relação aos transtornos mentais investigados, sendo que alguns estudos agrupam transtornos de diferentes níveis de gravidade, outros não delimitam o tempo da existência dos sintomas psiquiátricos, além de não homogeneizar a variável idade dos filhos. Observa-se que estas variáveis são bastante importantes ao se investigar as influências do transtorno mental materno nas práticas parentais e no desenvolvimento das crianças.

Transtorno mental materno e desenvolvimento dos filhos

Encontra-se na literatura internacional, estudos recentes que buscaram investigar a relação entre o desenvolvimento infantil e a presença de transtorno mental em um dos pais. Oyserman, Mowbray, Meares e Firminger (2000), realizaram um estudo de revisão sobre a relação entre transtorno mental em mães e desenvolvimento infantil. Os autores examinaram estudos americanos, publicados no período de janeiro de 1980 a janeiro de 1999, que relacionavam o *parenting* materno em diferentes fases do desenvolvimento da criança e o diagnóstico de transtorno mental nas mães. Encontraram algumas pesquisas que indicaram que a presença de um transtorno mental nas mães diminui sua capacidade de estabelecer uma sincronia na interação com suas crianças. Além disso, em sua revisão, observaram que estudos apontam que as mães com transtorno mental (não importando o tipo de transtorno), se apresentam mais ansiosas, inseguras e negativas, se envolvem pouco em situações de brincadeira e interação com suas crianças, têm dificuldades em identificar as necessidades dos filhos e são menos disponíveis e afetivas (Oyserman, et. al., 2000).

Alguns autores apontam que características do comportamento materno de mulheres que apresentam doenças mentais aumentam o risco de que as crianças, no decorrer de seu processo de desenvolvimento, apresentem problemas de comportamento, dificuldades cognitivas, sociais e até mesmo transtornos mentais (Oates, 1997, Snellen, Mack & Trauer, 1999, Oyserman, et. al., 2000, Oyserman, et. al, 2002, Romero, DelBello, Soutullo, Standford & Strakowski., 2005).

Oyserman, et. al. (2002), investigaram a associação entre presença de transtornos mentais em mães americanas afro-descendentes (diagnosticadas com depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia) práticas de *parenting*, pobreza, baixa escolaridade e o desenvolvimento dos filhos. Participaram do estudo 202 mães, com idade média de 37 anos. A faixa etária dos filhos não foi apontada pelo autor, que encontrou que as mães que vivem sob condições de pobreza e baixa escolaridade, mas que possuem altos níveis de suporte social são menos estressadas e mais capazes de se envolver com suas crianças. Além disso, o estudo indicou que as mães que possuem sintomas mais graves relativos ao transtorno mental são menos capazes de desenvolverem estilos parentais positivos, o que afeta o desenvolvimento dos filhos.

Lesesne, Visser e White (2003) investigaram relações entre o estado de saúde mental materna e a presença de déficits de atenção e hiperatividade (TDAH) nos filhos com idade entre 4 a 17 anos, a partir dos dados do NHIS (National Health Interview Survey), que consiste em uma pesquisa anual conduzida pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção, com um amostra representativa da população que vive nos Estados Unidos. Assim, participaram do estudo 9529 díades mãe-criança. Um exame estatístico de regressão revelou uma associação entre a presença de depressão e ansiedade em mães e o TDAH em seus filhos. As autoras concluem que há uma correlação significativa entre a saúde mental materna e a presença de TDAH nos filhos em idade escolar, o que indica uma forte ligação entre a presença de transtorno mental em mães e problemas de comportamento nos filhos.

Visando examinar as relações entre a depressão materna, psicopatologia paterna e problemas de comportamento nos filhos adolescentes, Brennan, Hammen, Katz e Brocque (2002) investigaram 522 famílias australianas, cujos adolescentes eram nascidos entre 1981 e 1984 e encontraram que a presença de psicopatologia nos pais tem relação significativa com o desenvolvimento de desordens externalizantes nos filhos adolescentes.

Observa-se que os autores encontram associações importantes entre problemas de saúde mental materna e os estilos parentais exercidos por elas e também entre o desenvolvimento emocional dos filhos. No entanto, os estudos investigam os problemas na saúde mental materna agrupando diferentes transtornos mentais que afetam as mães participantes de suas pesquisas. Este fato prejudica a compreensão dos resultados, na medida em que os tipos de doença mental divergem sobremaneira entre si em termos da gravidade dos sintomas apresentados, necessidade ou não de internação especializada e tipo de tratamento oferecido, o que pode causar diferenças na performance das mães com relação aos seus filhos. Além disso, a idade das crianças participantes em alguns desses estudos ou não é especificada ou os autores incluem em sua amostra uma faixa etária bastante extensa, o que também afeta a possibilidade de análises mais precisas e focalizadas.

De qualquer forma, os estudos tem indicado que a presença de um transtorno mental nos pais pode influenciar a saúde mental de seus filhos.

Em relação aos transtornos mentais, Filizola e Pavarini (2003) apontam que os mesmos promovem alterações tanto orgânicas como psíquicas

e sociais. As autoras classificam os transtornos psicóticos como sendo os quadros mais graves de sofrimento psíquico, dentre os quais se encontra a esquizofrenia que é caracterizada pela presença de: alucinações, delírios, perturbações do pensamento, da afetividade e da personalidade, dificuldades na adaptação e relação social e alteração no contato com a realidade. Já os transtornos afetivos são definidos como uma desordem afetiva caracterizada por severos distúrbios do humor – excitação ou depressão, e são considerados menos graves que a esquizofrenia. Por fim os transtornos neuróticos são considerados os menos graves, caracterizados por conflitos intrapsíquicos que inibem as relações sociais.

Observa-se que os transtornos mentais que mais acometem a população adulta, principalmente as mulheres, afetando significativamente a rotina e a saúde mental dos indivíduos são os transtornos de humor (Lima, 1999; Araújo, Pinho e Almeida, 2005). O presente estudo focalizará mães com transtornos de humor, segundo os critérios diagnóstico estabelecidos pela classificação de transtornos mentais da CID – 10 (OMS, 1997), descritos em F30 a F39.

Segundo a CID – 10 (OMS, 1997), os transtornos de humor são aqueles nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma extrema excitação. No geral, a alteração do humor é acompanhada de uma modificação na dinâmica de atividades e relações dos indivíduos. A maioria destes transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios

individuais pode freqüentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

Lima (1999) aponta os principais fatores de risco associados aos transtornos de humor, em especial à depressão. São eles:

- Fatores demográficos, como gênero e idade: com relação ao sexo, as mulheres apresentam aproximadamente duas vezes mais depressão do que os homens. Os sintomas tendem a surgir entre os 20 e 40 anos de idade;
- Fatores socioeconômicos: pessoas com baixa escolaridade e renda apresentam maior prevalência de transtornos mentais no geral;
- Fatores relacionados à situação conjugal: a depressão parece ser mais freqüente entre pessoas divorciadas ou separadas do que entre solteiros e casados. Além disso, pessoas que moram sozinhas parecem estar em maior risco para desenvolver sintomas de depressão. Nesses casos, o autor aponta que a existência de suporte social aparece como um fator altamente protetor;
- Eventos vitais: considerados como mudanças importantes no padrão de vida que representam um desequilíbrio na vida do indivíduo, afetando o bem estar do mesmo. A percepção que se tem a respeito do evento de vida parece ser mais importante na determinação de um transtorno mental do que o evento em si;

- Estresse crônico: condições que a longo prazo trazem dificuldades ao indivíduos em várias esferas, tais como: dificuldades financeiras e nas relações interpessoais;
- Suporte social: a falta de suporte social é apontada como um fator de risco importante para o desenvolvimento de transtornos de humor.
- Considera-se o suporte social como uma série de fatores protetores significantes que o ambiente é capaz de prover aos indivíduos, auxiliando-os no enfrentamento de situações adversas;
- Residência: a ocorrência de depressão é cerca de duas vezes maior em populações urbanas .

Lima (1999) destaca que os fatores citados formam uma rede causal, sendo que eles interagem entre si, influenciando o indivíduo e podendo causar o desenvolvimento do transtorno mental.

A maioria dos estudos presentes na literatura nacional sobre famílias de pessoas que possuem transtornos mentais focaliza basicamente as necessidades e cuidados que devem ser oferecidos aos familiares responsáveis pelo cuidado da pessoa que possui o transtorno (Melman, 2001; Ribeiro, 2003; Tsu, 1993). Encontram-se, também, alguns estudos mais específicos, focalizando o impacto negativo do alcoolismo paterno no desenvolvimento e saúde mental das crianças (Jerônimo & Carvalho, 2005; Souza, Jerônimo & Carvalho, 2005).

Alguns estudos brasileiros focalizam o impacto dos transtornos mentais maternos sobre o desenvolvimento das crianças (Cavaglieri &

Matsukura, 2005; Gutt, 2005; Ferrioli, et. al., 2007; Ruzzi-Pereira, 2007, Schwengber & Piccinini, 2003).

Schwengber e Piccinini (2003), em um estudo de revisão sobre o impacto da depressão pós-parto na relação mãe-bebê, apontam que a depressão pós-parto influencia a qualidade da interação mãe-bebê e o desenvolvimento posterior da criança.

Gutt (2005), em sua dissertação de mestrado, avaliou o perfil comportamental e a competência social de crianças e adolescentes, filhos de mães com diagnóstico de esquizofrenia, comparando-os com crianças da mesma faixa etária e sexo, filhos de mulheres sem transtorno mental grave. Para isso, utilizou com 242 participantes, o Inventário de Comportamentos para Infância e Adolescência (Child Behavior Checklist- CBCL) e o Inventário de Comportamentos Auto-Referidos para Adolescentes (Youth Self Report- YSR). A autora encontrou que os filhos de mulheres com esquizofrenia apresentaram maior proporção de problemas de internalização e de problemas com o pensamento, quando comparados a crianças e adolescentes do grupo comparativo com mães sem transtornos mentais.

Cavaglieri e Matsukura (2005), no estudo qualitativo que objetivou avaliar o desenvolvimento de adolescentes filhos de mães com transtornos de humor, encontraram que estes adolescentes, a despeito de relatarem algumas dificuldades no que se refere à convivência com a genitora, parecem ter encontrado formas de adaptação positivas às alterações de comportamento da mãe, referentes ao transtorno mental. As autoras observaram ainda, que a

despeito de as mães possuírem um transtorno de humor, os filhos não apresentaram problemas de saúde mental. Dessa forma, apontam para a necessidade de continuidade de estudos que contribuam na compreensão sobre os aspectos que podem mediar resultados de desenvolvimento de crianças e adolescentes que vivenciam esta realidade.

Assim observa-se a importância da realização de estudos brasileiros que abordem a questão do transtorno mental materno e a saúde mental infantil, considerando as especificidades da realidade nacional e a multiplicidade de fatores presentes nos processos de desenvolvimento e risco, tais como os estilos parentais e o suporte social, apontados pela literatura da área como importantes variáveis relacionadas ao desenvolvimento infantil e que podem sofrer influências na presença de um transtorno mental materno.

Acredita-se que a presente investigação engloba questões referentes à três áreas do conhecimento, a saber: Psicologia, Saúde e Educação, sendo que o desenvolvimento dessa pesquisa no campo da Educação Especial se justifica, na medida em que focaliza o estudo do desenvolvimento humano, no que se refere aos aspectos envolvidos nesse processo, dando atenção específica ao diagnóstico de condições especiais e contribuindo para a reflexão e planejamento de políticas e diretrizes públicas para essa problemática.

Nessa direção, o objetivo do presente estudo foi identificar os estilos parentais e os níveis de suporte social de mães com transtorno de humor e possíveis indicativos de correlações com níveis de desenvolvimento emocional de seus filhos. Os objetivos específicos foram:

- Identificar e comparar estilos parentais de mães com transtorno de humor com os estilos parentais apresentados por mães sem transtorno mental;
- Identificar e comparar o suporte social apresentado por mães com transtornos de humor com o suporte social de mães sem transtorno mental;
- Identificar e comparar os níveis de desenvolvimento sócioemocional de crianças cujas mães apresentem um transtorno de humor com os de crianças cujas mães não apresentem transtorno mental.

O estudo pretendeu investigar as seguintes hipóteses:

1. O transtorno mental materno pode estar associado a estilos parentais negativos;
2. Filhos de mães com transtorno mental apresentam mais dificuldades sócio-emocionais que filhos de mães sem transtornos mentais;
3. A presença de estilos parentais negativos pode estar associada à problemas sócio-emocionais nas crianças;
4. O suporte social está relacionado a estilos parentais mais positivos.

Considera-se que este estudo possa contribuir para o maior conhecimento sobre a dinâmica de famílias cujas mães apresentem um transtorno mental, possibilitando reflexões e proposições de práticas preventivas em Educação Especial e Saúde Mental voltadas às crianças e à família.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, que envolveu a utilização de diferentes instrumentos de avaliação e a participação direta de mães com transtorno mental e seus filhos.

Procurando identificar a relação entre a saúde mental materna, os estilos parentais e saúde mental dos filhos, optou-se pela utilização de instrumentos de avaliação específicos, no qual algumas variáveis foram investigadas e analisadas estatisticamente, obtendo-se então, indicativos de possíveis relações existentes entre elas.

Participantes

Foram participantes do presente estudo, dez mães e seus filhos com idade variando entre 7 e 12 anos. Os participantes foram divididos em dois grupos:

- 1 *Grupo de mães com Transtorno mental - GTM*: composto por cinco mães com transtorno de humor e seus filhos;
- 2 *Grupo de Comparação - GC*: composto por cinco mães sem transtorno mental e seus filhos.

As mães com transtorno de humor recebem tratamento em instituições de saúde destinadas ao atendimento em Saúde Mental de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Os critérios de inclusão dos participantes que compuseram o GTM foram:

- As crianças deveriam ter entre seis e doze anos e serem filhas de mães que apresentassem um transtorno de humor segundo a MINI -

Mini International Neuropsychiatric Interview (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine, Sheehan, Janavs, Baker, Sheehan, Knapp & Sheehan, 1998)

- As mães deveriam estar em tratamento em uma das instituições públicas de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, destinadas ao tratamento especializado de pessoas com transtornos mentais;
- Os sintomas do transtorno deveriam existir há, pelo menos, três anos;
- As crianças deveriam residir com suas mães.

Para a composição do GC, buscou-se localizar participantes que respondessem aos seguintes critérios:

- As crianças deveriam ter entre seis e doze anos e serem filhas de mães que **não** apresentassem nenhum transtorno mental, o que foi avaliado pela MINI (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine, Sheehan, Janavs, Baker, Sheehan, Knapp & Sheehan, 1998);
- As mães e crianças deveriam apresentar características semelhantes ao GTM, no que se refere à classificação econômica, escolaridade, faixa etária e estado civil;
- As crianças deveriam residir com suas mães.

Na tabela a seguir apresentam-se os principais dados referentes aos participantes de ambos os grupos. As letras “E” se referem aos participantes do GTM e as letras “C” aos participantes do GC:

Tabela 1: Dados Gerais dos Participantes

	Idade da mãe	Estado civil	Escolaridade	Classificação Econômica*	Trabalho	No. De filhos	Idade/gênero do filho participante	Escolaridade do filho	Início dos sintomas	Tratamentos atuais
E1	40	Casada	Ensino médio completo	C	Não	2	7/menino	1ª série do ensino fundamental	Há 17 anos	Psicólogo Neurologista
E2	42	Casada	Ensino médio incompleto	C	Não	3	10/menino	4ª série do ensino fundamental	8 anos	Psiquiatra
E3	44	Casada	Ensino fundamental incompleto	B2	Não	6	9/menino	3ª série do ensino fundamental	8 anos	Psiquiatra Terapeuta Ocupacional
E4	37	Casada	Ensino fundamental incompleto	C	Não	4	12/menina	5ª série do ensino fundamental	3 anos	Psiquiatra
E5	28	Casada	Ensino fundamental completo	C	Não	3	8/menina	2ª série do ensino fundamental	4 anos	Psiquiatra
C1	38	Casada	Ensino fundamental completo	B2	Não	4	7/menino	1ª série do ensino fundamental	–	–
C2	25	Casada	Ensino médio completo	C	Sim (cabeleireira)	2	8/menino	2ª série do ensino fundamental	–	–
C3	38	Casada	Ensino médio completo	B2	Não	2	7/menino	1ª série do ensino fundamental	–	–
C4	28	Casada	Ensino médio completo	B2	Sim (costureira)	2	9/menino	3ª série do ensino fundamental	–	–
C5	44	Casada	Ensino fundamental incompleto	C	Sim (doméstica)	4	9/menino	3ª série do ensino fundamental	–	–

*Classe econômica B2 - corresponde a uma renda média familiar de R\$1669,00

Classe econômica C - corresponde a uma renda média familiar de R\$927,00

A partir dos dados da Tabela 1, observa-se que a idade média das mães participantes do GTM é de 38,2 anos e das participantes do GC é de 34,6 anos. Todas as mães, de ambos os grupos são casadas e possuem pelo menos 2 filhos. A escolaridade delas varia de ensino fundamental incompleto a ensino médio completo. Nenhuma mãe do GTM exerce trabalho remunerado e três mães do GC trabalham fora. A classificação econômica de todas as famílias, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) é B2 ou C. Observa-se que o início dos sintomas relativos ao transtorno mental varia de 3 a 17 anos entre as mães do GTM, porém, conforme critério estabelecido para a composição da amostra, todas apresentam os sintomas há pelo menos 3 anos e todas estão vinculadas a instituições de tratamento em saúde mental.

Quanto às crianças participantes, observa-se duas meninas e oito meninos, sendo que as meninas são participantes do GTM. Todas são estudantes da rede pública de ensino e a idade média das mesmas é de 9.2 anos para o GTM e 8 anos para o GC.

Aponta-se que não foi possível realizar uma análise estatística referente à homogeneidade da amostra, em função do número reduzido de participantes.

Instrumentos de medida

1. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Para avaliar e classificar economicamente as famílias dos participantes, utilizou-se o CCEB (ANEXO 1) - comumente tratado por Critério Brasil - indica o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas,

classificando-os por classes econômicas ao invés do critério de classes sociais (ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). É composto por dois grandes grupos de investigação, a saber: o primeiro que verifica a posse e a quantidade de itens apresentados por uma determinada família; e um segundo que verifica o grau de instrução do chefe da família.

2. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI):

No presente estudo utilizou-se a MINI (ANEXO 2) para identificar a presença ou não de transtorno mental materno, direcionando, assim, a composição da amostra tanto no que se refere ao grupo de participantes, quanto ao grupo de comparação. Trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM -III/IV e da CID-10, que visa a avaliação de pacientes com possíveis transtornos psiquiátricos. Observa-se que este instrumento já foi traduzido para o português, além de apresentar estudo de validação no Brasil, o qual comparou a MINI com outros dois questionários padronizados e amplamente utilizados em estudos internacionais. Os resultados encontrados foram globalmente satisfatórios com relação à confiabilidade e à validade da MINI (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine, Sheehan, Janavs, Baker, Sheehan, Knapp & Sheehan, 1998).

3. Questionário de Suporte Social (SSQ)

Para a medida de suporte social das mães foi utilizado o “Questionário de Suporte Social” (SSQ) (ANEXO 3) de autoria de Saranson, Levine, Bashan e Saranson que apresenta estudos de adequação do instrumento para sua versão em português (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002), no qual os resultados

indicaram uma fidedignidade teste-reteste aceitável e um alto nível de consistência interna, sendo que os coeficientes alpha de Crombach obtidos foram, para a Escala N (SSQ-N), 0,9384 no teste e de 0,9610 no reteste. Para a Escala S (SSQ-S), 0,9438 no teste e 0,9626 no reteste.

O SSQ é composto por 27 questões, sendo que cada questão solicita duas partes de respostas. Na primeira parte, relaciona-se o número de pessoas que o respondente percebe como fontes de suporte social, podendo listar até nove possibilidades (ou a opção “ninguém”), fornecendo o escore SSQ-N que é um índice calculado a partir da divisão entre o total de pessoas citadas em todas as questões do instrumento pelo número questões; na segunda parte, o indivíduo informa sobre sua satisfação com esse suporte, fazendo uma opção dentre as oferecidas em uma escala de 6 pontos (de muito satisfeito a muito insatisfeito), fornecendo o escore SSQ-S, no qual considera-se o valor atribuído a cada possibilidade de satisfação, por exemplo, a alternativa “muito satisfeito” equivale ao número 6, a opção “muito insatisfeito” ao número 1. Dessa forma, soma-se os valores correspondentes aos níveis de satisfação indicados em todas as questões e divide-se o total por 27 (total de questões).

Assim, o instrumento fornece dois escores, o primeiro, relativo ao número de pessoas percebidas como fontes de suporte (SSQ-N) e, o segundo relativo à satisfação com o suporte social (SSQ-S). Além disso, o instrumento pode fornecer dados relativos aos membros que compõem a rede social do indivíduo (SSQ-F) se, durante a aplicação, for solicitado ao respondente que

caracterize sua relação com a pessoa que fornece apoio, como por exemplo: marido, amigo, vizinho, dentre outros (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002).

4. Inventário de Estilos Parentais (IEP)

Para a avaliação dos estilos parentais das mães participantes, foi utilizado o IEP (ANEXO4), que foi elaborado a fim de identificar famílias em que haja alta probabilidade de desenvolvimento de comportamentos anti-sociais em pelo menos um de seus membros (Gomide, 2003). O inventário foi desenvolvido a partir de práticas educativas selecionadas pela autora, a saber: monitoria positiva, comportamento moral, negligencia, abuso físico, abuso psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa. Contém 42 questões abordando práticas educativas positivas e negativas e pode ser respondido tanto pelos pais (que respondem sobre como utilizam as práticas educativas com seus filhos), quanto pelos filhos (que respondem sobre as práticas educativas do pai e da mãe separadamente).

Os escores do IEP revelam o Estilo Parental adotado pelos Pais (pai e mãe separadamente) que pode ser:

1. Estilo parental ótimo: com presença importante das práticas parentais positivas e ausência das práticas negativas;
2. Estilo parental regular, acima da média, trata-se de um estilo bom, mas a autora aconselha leitura de livros de orientação para pais, na busca de um aprimoramento das práticas parentais;
3. Estilo parental regular, abaixo da média, indica que seria

importante os pais participarem de grupos de treinamento de pais;

4. Estilo parental de risco, indica que os filhos estão em risco importante para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais. A autora aconselha a participação em programas de intervenção terapêutica para pais.

Ressalta-se que esse instrumento apresenta estudos de validação no Brasil (Gomide, 2006), sendo que os resultados para avaliar o estilo parental materno revelaram coeficientes razoáveis de consistência interna, variando de 0,47 (monitoria negativa) a 0,82 (abuso físico).

A tabulação dos dados obtidos por meio do IEP é feita utilizando a folha de resposta que contém as sete práticas educativas do instrumento. Cada resposta NUNCA, recebe a pontuação 0; ÀS VEZES, pontuação 1; SEMPRE, pontuação 2. Dessa forma, cada prática educativa pode ter a pontuação máxima de 12 e a mínima de zero, na medida em que cada prática parental é avaliada a partir de seis questões (Gomide, 2006).

O cálculo do índice de Estilo Parental (iep) é feito subtraindo-se a soma das práticas negativas (Punição Inconsistente, Negligência, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa e Abuso Físico) da soma das práticas positivas (Monitoria positiva, Comportamento moral). Assim, quando o resultado é negativo, indica um estilo parental negativo e se o resultado é positivo, indica um estilo parental também positivo.

5. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ):

O SDQ (Goodman, 2001) (ANEXO5) foi utilizado para avaliar problemas de saúde mental infantil. É composto por 25 itens, subdivididos em 5 sub-escalas que avaliam: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social. Ressalta-se que este instrumento investiga sintomas e avalia o impacto dos mesmos na criança/adolescente, em sua vivência familiar e escolar, através de três versões, a saber: para pais, professores e crianças ou adolescentes. Observa-se que no presente estudo, foi utilizada a versão para pais.

As 5 sub-escalas do SDQ possuem 5 itens cada. Os resultados são gerados a partir da pontuação das 5 escalas primeiramente e, em seguida calcula-se o Total de Dificuldades.

Assim, a opção *Mais ou menos verdadeiro* é calculada como 1, enquanto as alternativas *Falso* e *Verdadeiro* variam conforme o item, podendo ser calculadas como 0 ou 2.

A pontuação do Total de Dificuldades é gerada pela soma dos resultados de todas as escalas exceto a escala de sociabilidade, cujo escore indica capacidades da criança com relação ao comportamento pró-social e não dificuldades.

Três são as possibilidades de resultados indicadas pelo instrumento para todas as 5 sub-escalas e para o total de dificuldades:

- “Normal” (tratado neste estudo como *saudável*): indica que a criança não apresenta dificuldades relativas ao que está sendo avaliado;

- “Limítrofe”: indica que a criança já apresenta alguma dificuldade que, se não for devidamente cuidada pode se agravar e prejudicar seu desenvolvimento;
- “Anormal” (tratado neste estudo como *clínico*): indica que a criança possui dificuldades importantes relativas ao que está sendo avaliado, necessitando de intervenção especializada.

Além das escalas, o SDQ possui, também, uma sessão denominada “Suplemento de Impacto”, que avalia o impacto das dificuldades apresentadas no cotidiano de atividades e relações da criança. Possui 5 questões, sendo que a primeira investiga se o respondente considera que seu filho (na versão para os pais) ou se ele mesmo (na versão para a criança) possui alguma dificuldade emocional ou de comportamento. Se a resposta desta primeira questão for **não**, os participantes não terão que responder às questões sobre estresse ou interferência das dificuldades no dia-a-dia e a pontuação do impacto será considerada 0. Se a resposta for **sim**, as outras questões deverão ser respondidas e posteriormente calculadas, sendo que quando a pontuação do Suplemento de Impacto for igual ou maior que 2 será considerado clínico, o resultado de 1 é limítrofe e o resultado de 0 é saudável.

Este questionário tem sido traduzido e validado para mais de quarenta países, apresentando tradução, também, para o português (Cury & Golfeto, 2003, Fleitlich & Goodman, 2000).

No Brasil, os estudos de validação do SDQ ainda estão em andamento (Saud & Tonelotto, 2005), no entanto alguns autores já têm utilizado este

instrumento, devido às vantagens que ele apresenta em relação aos dois outros questionários de avaliação da saúde mental infantil – o questionário de Rutter e os de Achenbach (CBCL) – que investigam apenas a existência ou não de sintomas (Ferriolli, Marturano & Puntel, 2007; Saud & Tonelotto, 2005).

O SDQ, além de investigar os sintomas, fornece hipóteses diagnósticas; pode ser usado para avaliação de intervenções, de forma que é sensível às mudanças de quadro da criança; avalia o impacto dos sintomas apresentados na própria criança e nos ambientes familiar e escolar; é de fácil aplicação; é compacto e possui questões sobre as capacidades das crianças e não apenas sobre suas dificuldades (Cury & Golfeto, 2003; Fleitlich & Goodman, 2000).

Procedimentos

Após a aprovação do estudo pelo comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar - CAAE 0065.0.135.000-06 (ANEXO 6)- iniciou-se os procedimentos para a coleta de dados, que serão detalhados a seguir.

1. Identificação e localização dos participantes:

1.a. Mães com transtorno mental e seus filhos:

Todas as instituições públicas de saúde que oferecem tratamento especializado em saúde mental localizados em uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, foram contatadas – duas instituições, denominadas aqui como Instituição A e Instituição B – e solicitou-se a autorização das mesmas para que o estudo pudesse ser realizado em suas dependências, onde um levantamento detalhado de prontuários seria feito

buscando identificar mães que respondessem aos critérios para participação da pesquisa e posterior coleta de dados.

Assim, uma carta de autorização (ANEXO 7) foi entregue aos coordenadores das instituições que, após análise do projeto de pesquisa, autorizaram a realização do estudo.

Iniciou-se, então, um levantamento detalhado de prontuários nas instituições buscando identificar mães que respondessem aos critérios para participação da pesquisa e posterior coleta de dados.

Fez-se um levantamento de prontuários de mulheres atendidas no ano de 2006, buscando as seguintes informações: número do prontuário, gênero, idade, estado civil, escolaridade, diagnóstico de acordo com a classificação de Transtornos de Humor da CID 10, número de filhos, idade dos filhos e ano da última consulta na instituição.

Na Instituição A, 1900 prontuários foram analisados, no período de julho a outubro de 2006, sendo que o número de mães que receberam atendimento no ano de 2006 e que possivelmente respondiam aos critérios necessários, conforme informações constadas no prontuário, para a participação na pesquisa foi 72. Ressalta-se que nesta instituição os prontuários não apresentavam todas as informações procuradas, principalmente no que se refere à idade dos filhos dessas mães. Frente a isso, considerou-se apenas os prontuários que continham a informação da existência ou não de filhos, independente da indicação da idade dos mesmos e do diagnóstico das mães.

Assim, realizaram-se as tentativas de contato com as 72 mães, cujos prontuários foram selecionados. Deste total de mães, 34 não respondiam aos critérios para a participação na pesquisa devido à idade dos filhos ser superior ou inferior ao estabelecido; serem moradoras de outras cidades ou não residirem com os filhos. Com 28 mães não foi possível estabelecer um contato, pela não existência de um telefone nos prontuários ou pela presença de vários números de telefone fora de serviço, inexistentes ou errados. Assim, das 10 mães restantes que respondiam aos critérios para participação no estudo, apenas 5 mães aceitaram participar, sendo que uma delas foi participante da aplicação-teste.

Na Instituição B, 78 prontuários de mulheres foram analisados e o número de mães que receberam atendimento em 2006 e que respondiam aos critérios para a participação na pesquisa foi 3, no entanto, apenas uma única mãe aceitou participar do estudo.

A partir desse trabalho de levantamento dos prontuários, destaca-se a grande dificuldade encontrada na busca das informações nos prontuários de ambas as instituições. Observou-se que em grande parte dos prontuários não havia todas as informações procuradas, principalmente no que se refere ao diagnóstico materno, à existência ou não de filhos e a idade dos mesmos, dentre outras.

Com as cinco mães que aceitaram participar do estudo, após explicados os objetivos da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 8), foi aplicada a MINI (Lecrubier, Weiller, Hergueta,

Amorim, Bonora, Lépine, Sheehan, Janavs, Baker, Sheehan, Knapp & Sheehan, 1998), a fim de confirmar as informações dos prontuários sobre a existência de transtorno de humor. Aponta-se que a MINI (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine, Sheehan, Janavs, Baker, Sheehan, Knapp & Sheehan, 1998) dá um escore imediato indicando a existência ou não de um transtorno mental. Dessa forma, para a composição do GTM, se fosse indicado a presença do transtorno, os outros instrumentos seriam aplicados.

1.b. Mães e crianças do grupo de comparação:

As mães e crianças do grupo de comparação foram localizadas através da indicação das mães do GTM. Os critérios de homogeneidade entre os grupos foram observados e considerados, de forma que buscou-se mães com características semelhantes às do grupo de mães com transtornos de humor. Assim, além de não apresentarem transtorno mental, após aplicação do instrumento de avaliação – MINI (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine, Sheehan, Janavs, Baker, Sheehan, Knapp & Sheehan, 1998) - as mães deveriam ter idade entre 25 e 40 anos, pelo menos 2 filhos e pertencerem à classe econômica C ou B, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Aponta-se que uma mãe selecionada para compor o GC não pode participar do estudo, pois seu escore indicou a presença de um transtorno de humor na MINI (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine, Sheehan, Janavs, Baker, Sheehan, Knapp & Sheehan, 1998).

2. Aplicação-Teste

A aplicação-teste foi realizada com uma mãe e seu filho que possuíam

características que se enquadravam nos critérios da pesquisa, no entanto não fizeram parte da amostra definitiva do estudo. O objetivo da aplicação teste foi o aperfeiçoamento da forma de aplicação dos instrumentos de medida, a avaliação da clareza dos mesmos pelos participantes e o treino da pesquisadora.

Assim, entrou-se em contato com a mãe selecionada para a aplicação piloto, a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa e convidá-la para participar. Agendou-se um horário para a realização da coleta de dados e nesta situação, solicitou-se que ela assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, os instrumentos de medida foram aplicados.

A partir deste procedimento, definiu-se a ordem de aplicação dos instrumentos de medida junto às mães, a saber: Dados Gerais, CCEB, MINI (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine, Sheehan, Janavs, Baker, Sheehan, Knapp & Sheehan, 1998), SSQ (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002), IEP (Gomide, 2003) e SDQ (Cury & Golfeto, 2003), de forma que optou-se pela aplicação dos instrumentos referentes às variáveis maternas primeiramente e em seguida o instrumento relativo à variável da criança.

No contato com a mãe, um novo horário foi agendado para a aplicação dos instrumentos de avaliação junto à criança. Nesta oportunidade, a pesquisadora primeiramente se apresentou e explicou os objetivos do encontro. Este primeiro momento foi fundamental para o estabelecimento de um clima de confiança e tranquilidade entre pesquisadora e criança. Durante a aplicação dos inventários, observou-se que a criança foi capaz de compreender com facilidade as questões referentes aos instrumentos aplicados, desde que a pesquisadora

repetisse algumas perguntas ou as apresentasse mais pausadamente.

Assim, a partir da aplicação-piloto junto à criança, além de definir a ordem de aplicação dos instrumentos - primeiro o IEP (Amorim, 2003) e em seguida o SDQ (Cury & Golfeto, 2003) – identificou-se a importância da criação de um clima de confiança/segurança no primeiro momento do contato e também a necessidade de apresentar as questões à criança de forma mais pausada e, se preciso, repeti-las o número de vezes que fosse necessário para que a criança as compreendesse.

3. Questões éticas:

Aos participantes e seus responsáveis foram esclarecidos os termos da pesquisa e, àqueles que aceitaram participar foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado e entregue à pesquisadora antes do início da coleta de dados.

4. Coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada na residência ou na instituição de tratamento das mães em um único encontro, conforme preferência dos participantes.

Antes da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, buscou-se informações gerais das mães, a partir de um roteiro de questões – Dados Gerais da mãe (ANEXO 9) - que abordavam idade, estado civil, escolaridade, tipo de moradia, início dos transtornos, tratamentos realizados, medicação atual, dentre outras.

O encontro com as mães durou aproximadamente uma hora e quarenta

minutos e com a criança uma hora.

5. Materiais e equipamentos:

Foram utilizados na realização desta pesquisa os seguintes materiais: planilhas de cálculo dos instrumentos de medida, micro-computador, papel, caneta, gravador, fitas K7.

6. Análise dos dados:

Os dados obtidos através da aplicação dos Inventários foram analisados de acordo com as planilhas de cálculo de cada instrumento. Os estudos estatísticos para a investigação de diferenças entre os grupos de participantes (Grupo de crianças e suas mães com Transtorno Mental - GTM e Grupo de Comparação - GC) e associações entre as variáveis foram definidos em encontros agendados com um grupo Am&PM (Amostragem e Pesquisa de Mercado) do Departamento de Estatística da UFSCar.

Foram feitas análises estatísticas não-paramétricas que são utilizadas quando não se pode assumir nenhuma distribuição específica para a população (Conover, 1980).

Para o estudo estatístico das diferenças entre os grupos foi feita uma análise exploratória dos dados para verificar a presença ou não de diferenças significativas, utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

No caso das análises de correlação, foi aplicado o teste de Spearman, buscando verificar a existência ou não de indicativos de correlações entre as variáveis estudadas (estilos parentais, suporte social e saúde mental das crianças)

Observa-se que os testes foram considerados com resultado significativo quando o valor da estatística que o descreve (p-valor) fosse menor do que 0,05, admitindo-se como probabilidade de erro, o valor de 5%.

7. Devolutiva aos participantes:

No decorrer da coleta de dados foi possível identificar mães e crianças participantes do estudo com dificuldades emocionais importantes e que no momento não estavam recebendo nenhum tipo de acompanhamento técnico especializado. Nesses casos, após uma conversa esclarecedora com a mãe sobre sua própria dificuldade ou sobre a dificuldade de seu filho, foram realizados encaminhamentos aos serviços de saúde mental capazes de atender as demandas apresentadas.

Resultados

Apresenta-se nesta sessão, os resultados referentes aos instrumentos: Questionário de Suporte Social (SSQ); Inventário de Estilos Parentais (IEP) e Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Primeiramente serão apresentados os resultados gerais de cada instrumento, a seguir, as análises estatísticas das diferenças entre os grupos de participantes, no que se refere a estes instrumentos e em um terceiro momento, as análises estatísticas de correlação entre as variáveis estudadas.

Resultados gerais dos instrumentos utilizados:

1. Resultados advindos do Questionário de Suporte Social (SSQ)

Apresenta-se na Tabela 2 os resultados do SSQ para os dois grupos de participantes (GTM e GC). Aponta-se que as letras “E” referem-se às participantes do GTM e a letra “C” às participantes do GC:

Tabela 2. Resultados do SSQ-N e do SSQ-S para as mães do GTM e do GC

	GTM			GC	
	SSQ-N	SSQ-S		SSQ-N	SSQ-S
E1	1.1	5	C1	1.8	6
E2	2.37	4.6	C2	2.33	6
E3	4.66	4.7	C3	3.55	6
E4	3.6	5.26	C4	1.22	6
E5	3.1	5	C5	3.22	5.77
Mediana	3.1	5.0	Mediana	2.33	6.0
Desvio padrão	1.33	0.26	Desvio padrão	0.96	0.10

Observa-se na Tabela 2 que o número de pessoas percebidas como fontes de suporte (SSQ-N) das mães que possuem transtorno de humor (GTM) varia de 1.1 a 4.66. Para as mães do grupo de comparação (GC) esse número varia de 1.22 a 3.55. Nota-se que tanto as mães do GTM quanto as mães do GC indicam poucas pessoas existentes na sua rede de suporte social, considerando a

possibilidade dada pelo instrumento de citar até 9 pessoas em cada questão.

Em relação ao SSQ-S, observa-se na Tabelas 2 que os índices variam de 4.6 a 5.26 para as mães do GTM e de 5.77 a 6 para as mães do GC.

Além dos índices N e S, a partir da aplicação do Questionário de Suporte Social (SSQ) às mães, foi possível apontar as fontes de suporte social identificada por elas e a frequência com que são citadas ao longo do instrumento, esses dados são apresentados na Tabela 3:

Tabela 3 – Fontes de suporte social das mães do GTM e do GC:

Fonte de Suporte Social - GTM	n (%)	Fonte de Suporte Social - GC	n (%)
Família próxima (pais e irmãos)	123 (30,67)	Cônjuge	98 (29,8)
Filhos	104 (26)	Família próxima (pais e irmãos)	98 (29,8)
Amigos	87 (21,7)	Amigos	62 (18,9)
Cônjuge	37 (9,2)	Filhos	38 (11,5)
Técnicos dos serviços de saúde	25 (6,23)	Família extensa	16 (4,87)
Família extensa	25 (6,23)	Vizinhos	16 (4,87)
Total	401 (100)	Total	328 (100)

Os resultados indicam que as mães com transtornos mentais reconhecem seus pais e irmãos como maior fonte de suporte social (30,67%); em segundo lugar, apontam seus filhos (26 %); em terceiro, citam os amigos (21,7%) e em seguida os cônjuges, os técnicos dos serviços de saúde mental e os membros da família extensa (sobrinhos, tios).

Observa-se que as mães do GC consideram seus cônjuges e sua família próxima como as maiores fontes de suporte social que possuem (29,8%). Em seguida aparecem os amigos (18,9%) e os filhos (11,5%).

Verifica-se que ambos os grupos consideram a família próxima como fonte importante de suporte social. No entanto observa-se que no GTM, os filhos são apontados como segunda maior fonte de suporte para as mães e os cônjuges aparecem apenas em quarto lugar (9,2%), ao passo que no GC, os cônjuges são apontados, juntamente com a família próxima como principais fontes de suporte para as mães.

2. Resultados advindos do Inventário de Estilos Parentais

Para a avaliação dos estilos parentais das mães participantes, foi utilizado o IEP, que foi aplicado junto às mães e às crianças que responderam sobre as práticas educativas da mãe.

A seguir, apresenta-se, nas tabelas 4 e 5, os resultados referentes ao IEP respondido pelas mães do GTM e do GC:

Tabela 4. Resultados do IEP respondido pelas mães participantes do GTM:

	Monitoria	Comportamento	Punição	Negligência	Disciplina	Monitoria	Abuso	Índice de	Estilo Parental
	Positiva	Moral	Inconsistente		Relaxada	Negativa	Físico	Estilo	
								Parental	
								(iep)	
E1	8	7	4	4	6	9	2	-10	Risco
E2	11	10	7	3	2	8	0	-2	Risco
E3	10	8	3	2	4	3	3	+3	Regular abaixo da média
E4	12	12	5	6	6	9	2	-4	Risco
E5	12	10	9	3	5	9	3	-7	Risco
Mediana	11	10	5	3	5	9	2	-4	Risco
Desvio padrão	1.67	1.94	2.41	1.51	1.67	2.61	1.22	4.95	

Observa-se que apenas uma única mãe não apresentou Estilo parental de risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais nos filhos, porém sua pontuação também não indicou um estilo parental ótimo. Todas as outras mães apresentaram prevalência das práticas parentais negativas, caracterizando um estilo parental de risco.

Tabela 5. Resultados do IEP respondido pelas mães participantes do GC:

	Monitoria	Comportamento	Punição	Negligência	Disciplina	Monitoria	Abuso	Índice de	Estilo parental
	Positiva	Moral	Inconsistente		Relaxada	Negativa	Físico	Estilo	
								Parental	
								(iep)	
C1	10	12	2	2	1	3	1	+ 13	Ótimo
C2	11	11	2	4	1	8	4	+ 3	Regular abaixo da média
C3	8	12	2	5	5	2	0	+ 6	Regular acima da média
C4	12	12	0	0	2	7	0	+ 15	Ótimo
C5	9	8	2	2	2	6	3	- 2	Risco
Mediana	10	12	2	2	2	6	1	+ 6	Regular acima da média
Desvio	1.58	1.73	0.89	1.94	1.64	2.59	1.81	5.89	
padrão									

Na Tabela 5 é possível observar que quatro mães avaliaram seu estilo parental positivamente, de forma que as práticas parentais positivas prevaleceram, sendo que duas mães apresentaram estilo parental ótimo. Apenas uma mãe apresentou estilo parental de risco.

Com relação ao IEP respondido pelas crianças sobre as práticas parentais usadas pelas suas mães, os resultados são apresentados nas tabelas 6 e 7 a seguir:

Tabela 6: Resultados do IEP respondido pelas crianças participantes do GTM

	Monitoria	Comportamento	Punição	Negligência	Disciplina	Monitoria	Abuso	Índice de	Estilo parental
	Positiva	Moral	Inconsistente		Relaxada	Negativa	Físico	Estilo	
								Parental	
								(iep)	
E1	9	2	6	3	5	8	8	-19	Risco
E2	8	8	3	1	2	8	0	-2	Risco
E3	8	4	3	2	2	4	4	-3	Risco
E4	12	12	3	2	5	9	2	+ 3	Regular - abaixo da média
E5	12	12	10	1	7	9	2	-5	Risco
Mediana	9	8	3	2	5	8	2	-3	Risco
Desvio	0.91	2.04	1.38	0.37	0.97	0.92	1.36	3.69	
padrão									

Observa-se que no geral as crianças do GTM avaliam o estilo parental de suas mães como de risco, com exceção do E4 que, embora tenha indicado prevalência das práticas parentais positivas, não foi suficiente para atingir um estilo parental ótimo, caracterizando o estilo parental de sua mãe como Regular - abaixo da média. Esse resultado é semelhante aos achados do IEP respondido pelas mães do GTM, nos quais apenas uma mãe (E3) não pontuou estilo parental de risco, mas sim, Regular – abaixo da média. Vale destacar que, como apontado na Tabela 6, duas crianças (E4 e E5) atingiram a pontuação máxima de práticas parentais positivas com relação às suas mães. No entanto, isso não foi suficiente para que o índice de estilo parental fosse positivo, pois a pontuação das práticas negativas também foi alta.

Tabela 7: Resultados do IEP respondido pelas crianças participantes do GC:

	Monitoria Positiva	Comportamento Moral	Punição Inconsistente	Negligência	Disciplina Relaxada	Monitoria Negativa	Abuso Físico	Índice de Estilo Parental (iep)	Estilo parental
C1	7	10	7	6	2	2	1	-1	Regular abaixo da média
C2	9	8	4	6	2	8	2	-5	Risco
C3	12	9	2	6	5	5	2	+1	Risco
C4	12	12	0	2	2	6	0	+14	Ótimo
C5	5	5	5	5	1	5	5	-11	Risco
Mediana	9	9	4	6	2	5	2	-1	Regular abaixo da média
Desvio padrão	3.08	2.59	2.70	1.73	1.51	2.16	1.87	9.26	

Diferente dos resultados encontrados na Tabela 5 que apresenta a avaliação positiva das mães do GC com relação às suas próprias práticas parentais, observa-se na Tabela 7 que os filhos dessas mães, no geral avaliam o estilo parental delas como de risco, sendo que apenas um participante (C4) avalia como ótimo e outro (C1) avalia como regular abaixo da média, classificação esta bem próxima do estilo parental de risco.

Dessa forma, observa-se grande semelhança entre os resultados das avaliações das crianças do GTM e das crianças do GC com relação ao IEP, de forma que no geral elas avaliam as práticas parentais de suas mães de forma mais negativa do que positiva.

3. Resultados advindos do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Apresenta-se na Tabela 8, a seguir, os resultados do SDQ em que as mães dos dois grupos (GTM e GC respectivamente) respondem a respeito de suas crianças:

Tabela 8: Resultados do SDQ respondido pelas mães participantes do GTM e do GC:

	Saudável		Limítrofe		Clínico	
	GTM	GC	GTM	GC	GTM	GC
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Escala de sintomas emocionais	2 (40)	-	-	2 (40)	3 (60)	3 (60)
Escala de problemas de conduta	2 (40)	5 (100)	-	-	3 (60)	-
Escala de hiperatividade	3 (60)	3 (60)	1 (20)	1 (20)	1 (20)	1 (20)
Escala de problema de relacionamento	3 (60)	4 (80)	-	1 (20)	2 (40)	-
Escala de comportamento pró-social	3 (60)	4 (80)	-	-	2 (40)	1 (20)
Total de dificuldades	2 (40)	4 (80)	-	-	3 (60)	1 (20)
Suplemento de impacto	2 (40)	5 (100)	1 (20)	-	2 (40)	-

Observa-se que três mães com transtorno de humor avaliam que os filhos possuem um total de dificuldades sócio-emocionais considerado clínico, ou seja, que necessitam de intervenção profissional.

Por outro lado, duas mães deste grupo avaliam que seus filhos estão saudáveis no que se refere à saúde mental, considerando o cálculo do total de

dificuldades. No GC, quatro mães avaliam que os filhos estão saudáveis no que se refere à saúde mental. Apenas uma única mãe avalia que o filho apresenta dificuldades importantes necessitando de auxílio especializado, no entanto, todas as mães do GC não indicam que as dificuldades dos filhos interferem no cotidiano de atividades e relações dos mesmos.

Com relação a cada sub-escala, verifica-se que a maioria das mães do GTM avaliam que os filhos possuem dificuldades no que se refere a sintomas emocionais e a problemas de conduta. Duas indicam dificuldades dos filhos nas questões de relacionamento social e apenas uma participante aponta que o filho tem comportamentos hiperativos considerados clínicos. Ainda com relação à escala de hiperatividade, uma das mães avaliou que o filho se caracteriza como limítrofe para o desenvolvimento deste problema. Com relação ao GC, nota-se que a maioria das mães (quatro) avaliam os filhos positivamente nas escalas de relacionamento e comportamento pró-social; todas as mães avaliam que os filhos não apresentam problemas de conduta e três indicam que os filhos não são hiperativos. A escala de sintomas emocionais foi a única em que as mães do GC apontaram que seus filhos apresentam dificuldades consideradas clínicas ou limítrofes.

No suplemento de impacto, observa-se que duas mães do GTM consideram que as dificuldades sócio-emocionais do filho interferem em seu cotidiano; duas avaliam que não interfere e uma atinge um escore que caracteriza o impacto das dificuldades no cotidiano de seu filho como “limítrofe”.

Resumindo, observa-se pela avaliação das mães do GTM, que seus filhos apresentam mais dificuldades emocionais e de conduta (sintomas emocionais e problemas de conduta) do que relativas ao relacionamento social. No entanto apenas duas mães apontam que tais dificuldades prejudicam de forma importante o cotidiano de atividades e relações de suas crianças.

Resultados da análise de diferenças entre os grupos em relação ao Suporte Social, aos Estilos Parentais e à Saúde Mental Infantil

Para o estudo estatístico das diferenças entre os grupos no que se refere aos escores dos instrumentos, foi feita uma análise exploratória dos dados para verificar a presença ou não de diferenças significativas, utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

1. Questionário de Suporte Social (SSQ)

Os resultados da avaliação de diferenças entre os grupos para o suporte social são apresentados na Tabela 9:

Tabela 9. Resultados do teste de Mann-Whitney para o SSQ (SSQ-N e SSQ-S)

Variável	Grupo		Teste de Mann-Whitney	
	GTM	GC	w	P (z)
SSQ-N	3,1	2,3	31,0	0,5309
SSQ-S	5,0	6,0	15,0	0,0122

Observa-se que o resultado obtido em relação ao número de suporte social percebido pelas mães (SSQ-N) mostrou um valor de $p=0,53$. Isso aponta que não há diferença significativa entre os grupos estudados.

No entanto, quanto à satisfação com o suporte recebido (SSQ-S), verifica-se que $p=0,0122$, indicando uma diferença significativa entre os grupos, de forma que as mães do GTM, apresentam-se menos satisfeitas com o suporte social que as mães do GC.

A partir desse resultado observa-se que as mães que possuem um transtorno de humor, embora apresentem um número de pessoas consideradas suportivas semelhante ao das mães do grupo de comparação, apresentam menor satisfação com o suporte social recebido.

2. Inventário de Estilos Parentais (IEP)

Apresenta-se na Tabela 10, os resultados das diferenças entre os grupos quanto ao Inventário de Estilos Parentais, respondido pelas mães do GTM e do GC:

Tabela 10. Resultados do teste de Mann-Whitney para o IEP-versão para mães

Variável	Grupo		Teste de Mann-Whitney	
	GTM	GC	w	p (w)
Monitoria positiva	11	10	30,5	0,60
Comportamento Moral	10	12	21,0	0,21
Punição Inconsistente	5	2	40,0	0,012
Negligência	3	2	31,5	0,464
Disciplina Relaxada	5	2	36,5	0,758
Monitoria Negativa	9	6	36,0	0,947
Abuso Físico	2	1	29,0	0,834
Índice de Estilo Parental	-4	6	16,5	0,0283

Os resultados apontam que houve diferença significativa entre os grupos na prática parental *punição inconsistente* ($p=0,0122$), indicando que as mães do GTM punem mais seus filhos de forma inconsistente que as mães do GC. Vale lembrar que a punição inconsistente é considerada por Gomide (2006) aquela em que os pais se orientam pelo seu humor no momento de punir ou reforçar e não pelo ato praticado pela criança.

Outra diferença estatisticamente significativa encontrada, refere-se ao Índice de Estilo Parental ($p=0,0283$). Observa-se a partir da Tabela 10 que o índice de estilo parental das mães do GTM é de risco, diferentemente das mães do GC, que apresentam estilo parental ótimo ou regular.

Quanto às outras práticas parentais observa-se que não houve diferenças significativas entre os grupos.

Na Tabela 11, encontram-se os resultados das diferenças entre os grupos quanto ao Inventário de Estilos Parentais, respondido pelas crianças do GTM e do GC com relação às práticas e estilos parentais de suas mães.

Tabela 11. Resultados do teste de Mann-Whitney para o IEP-versão para crianças

Variável	Grupo		Teste de Mann-Whitney	
	GTM	GC	w	p (w)
Monitoria positiva	9	9	29,5	0,754
Comportamento Moral	8	9	25,5	0,754
Punição Inconsistente	3	4	30,0	0,676
Negligência	2	6	17,0	0,036
Disciplina Relaxada	5	2	34,0	0,210
Monitoria Negativa	8	5	35,0	0,143
Abuso Físico	2	2	30,5	0,601
Índice de Estilo Parental	-3	-1	24,5	0,601

Observa-se que há uma diferença significativa entre os grupos no que se refere à prática parental de negligência ($p=0,036$), de forma que as crianças do GC pontuam mais a prática de negligência parental de suas mães que as crianças do GTM. No entanto, todas as outras práticas parentais e também o índice de estilo parental não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, embora a mediana de ambos índices de Estilo Parental (-3 e -1) sejam negativos, o que indica Estilo Parental de Risco, ou seja, tanto as crianças do

GTM, quanto as crianças do GC avaliaram suas mães como apresentando Estilos Parentais de Risco.

3. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Na avaliação de diferenças entre os grupos para o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) não houve nenhuma diferença significativa entre os grupos com relação a nenhuma escala de dificuldades sócio-emocionais, como ilustrado na Tabela 12:

Tabela 12: Resultados do teste de Mann-Whitney para o SDQ

Variável	Grupo		Teste de Mann-Whitney	
	GTM	GC	w	p(w)
Sintomas Emocionais	7 (clínico)	5 (clínico)	29,0	0,834
Problemas de Conduta	5 (clínico)	1 (saudável)	35,5	0,117
Hiperatividade	5 (saudável)	4 (saudável)	30,0	0,676
Problema de Relacionamento	2 (saudável)	1 (saudável)	30,5	0,601
Comportamento Pró-Social	10 (saudável)	10 (saudável)	27,0	1,00
Total de Dificuldades	18 (clínico)	13 (saudável)	30,5	0,601

Assim, após a análise de comparação entre os escores dos dois grupos, observa-se que apenas quatro aspectos apresentaram um indicativo de diferenças significativas entre eles. São elas:

- Índice S, do SSQ, no qual as mães do GTM apresentam menor satisfação com o suporte social do que as mães do GC;
- Em relação a prática de Punição Inconsistente, em que as mães do GTM punem mais os filhos de forma inconsistente do que as mães do GC;
- Índice de Estilo Parental apresentado pelas mães, o qual mostrou que as mães do GTM apresentam Estilos Parentais de Risco e as mães do GC não;
- Negligência, em relação ao IEP, versão para crianças, no qual as crianças do GC apontaram mais a prática parental de negligência, no que se refere às suas mães do que as crianças do GTM.

Nos demais aspectos analisados, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

Resultados das análises das correlações entre as variáveis suporte social (SSQ), Estilo Parental (IEP) e saúde mental infantil (SDQ)

As análises estatísticas dos possíveis indicativos de correlação entre as variáveis, foram feitas pelo teste de Spearman. Observa-se que deve-se levar em consideração que em função do tamanho reduzido da amostra, os resultados do teste, talvez não venham a refletir a realidade de uma população. Assim, deve-se considerar os resultados como *indicativos* da existência de correlação ou da sua ausência.

Para possibilitar as análises de correlação, todos os participantes (GTM e GC) foram agrupados e considerados (n=10). Além disso, não seria possível desdobrar todas as categorias das escalas a serem correlacionadas, assim, optou-se pelo desdobramento apenas das sub-escalas do IEP e para o SDQ, utilizou-se apenas o escore total representado pelo Total de Dificuldades.

Apresenta-se na Tabela 13, os resultados do teste de correlação entre o IEP e a escala Total de Dificuldades do SDQ, ambos respondidos pelas mães:

Tabela 13. Resultados do teste de Correlação de Spearman – Sub-escalas do IEP (versão para mães) e escala Total de Dificuldades do SDQ

	N	Spearman R	p-valor t(N-2)
Monitoria Positiva	10	-0,258598	0,470651
Comportamento Moral	10	-0,258598	0,470651
Punição Inconsistente	10	0,358604	0,308886
Negligência	10	0,136657	0,706584
Disciplina Relaxada	10	-0,112163	0,757707
Monitoria Negativa	10	0,413075	0,235437
Abuso Físico	10	0,448384	0,193707
Índice de Estilo Parental	10	-0,532113	0,113366

Observa-se, a partir da análise da Tabela 13, que não há indicativo de correlação entre os resultados advindos do Inventário de Estilos Parentais (IEP)

respondido pelas mães e a escala Total de Dificuldades do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) também na versão das mães.

Por outro lado, indicativos de correlação puderam ser observados entre algumas escalas do IEP, na versão em que as crianças respondem sobre suas mães e no Total de dificuldades do SDQ respondido pelas mães sobre suas crianças, como verificado na Tabela 14:

Tabela 14. Resultados do teste de Correlação de Spearman –Escala do IEP (versão para crianças) & Total de Dificuldades do SDQ

	N	Spearman R	p-valor t(N-2)
Monitoria Positiva	10	-0,303950	0,393206
Comportamento Moral	10	-0,501570	0,139669
Punição Inconsistente	10	0,703717	0,023144
Negligência	10	0,050169	0,890532
Disciplina Relaxada	10	0,092347	0,799704
Monitoria Negativa	10	0,254678	0,477642
Abuso Físico	10	0,334520	0,344773
Índice de Estilo Parental	10	-0,844041	0,002135

Observa-se correlação positiva entre a prática parental de *Punição Inconsistente* e o Total de dificuldades sócio-emocionais das crianças, o que

indica que quanto mais as mães utilizam desta prática parental ao lidarem com seus filhos, maior é o Total de Dificuldades apresentado por eles.

No que se refere às relações entre os resultados do Inventário de Estilos Parentais tanto na versão para mães quanto na versão para crianças e o escore do SSQ-N, que diz respeito ao número de pessoas que constituem a rede de suporte social das mães, os resultados indicaram que não há indicativo de correlação entre eles, conforme observado nas Tabelas 15 e 16, apresentadas a seguir:

Tabela 15. Resultados do teste de Correlação de Spearman –Escala do IEP (versão para crianças) & SSQ-N

	N	Spearman R t(N-2)	p-valor
Monitoria Positiva	10	0,037763	0,917512
Comportamento Moral	10	0,024618	0,946180
Punição Inconsistente	10	-0,251553	0,483247
Negligência	10	-0,149592	0,679993
Disciplina Relaxada	10	0,059005	0,871374
Monitoria Negativa	10	-0,055565	0,878826
Abuso Físico	10	0,232113	0,518736
Índice de Estilo Parental	10	0,164135	0,650473

Tabela 16. Resultados do teste de Correlação de Spearman – Escalas do IEP (versão para mães) & SSQ-N

	N	Spearman R t(N-2)	p-valor
Monitoria Positiva	10	0,024774	0,945841
Comportamento Moral	10	0,018881	0,958712
Punição Inconsistente	10	0,256375	0,474610
Negligência	10	0,240782	0,502778
Disciplina Relaxada	10	0,297283	0,404182
Monitoria Negativa	10	-0,265478	0,458495
Abuso Físico	10	0,230620	0,521504
Índice de Estilo Parental	10	-0,066870	0,854375

Por outro lado, pode-se observar indicativos de correlações importantes entre os resultados do IEP na avaliação das crianças e mães e o SSQ-S, que se refere à satisfação das mães com o suporte que recebem, como apresentado nas Tabelas 17 e 18:

Tabela 17. Resultados do teste de Correlação de Spearman – Escalas do IEP (versão para crianças) & SSQ-S

	N	Spearman R t(N-2)	p-valor
Monitoria Positiva	10	0,179154	0,620439
Comportamento Moral	10	0,372680	0,288868
Punição Inconsistente	10	-0,158769	0,661315
Negligência	10	0,758080	0,011058
Disciplina Relaxada	10	-0,156084	0,666764
Monitoria Negativa	10	-0,319530	0,368128
Abuso Físico	10	-0,227273	0,527735
Índice de Estilo Parental	10	0,358668	0,308793

Tabela 18. Resultados do teste de Correlação de Spearman –Escala do IEP (versão para mães) & SSQ-S

	N	Spearman R t(N-2)	p-valor
Monitoria Positiva	10	-0,057697	0,874207
Comportamento Moral	10	0,671013	0,033660
Punição Inconsistente	10	-0,818775	0,003768
Negligência	10	-0,041539	0,909290
Disciplina Relaxada	10	-0,413496	0,234913
Monitoria Negativa	10	-0,402607	0,248704
Abuso Físico	10	-0,112906	0,756143
Índice de Estilo Parental	10	0,689020	0,027539

Assim, observa-se na Tabela 18, que há indicativo de correlação positiva entre a avaliação de negligência materna pontuada pelas crianças e o SSQ-S, indicando que quanto mais as mães estão satisfeitas com o suporte recebido, mais são negligentes com seus filhos na opinião dos mesmos ($p=0,011058$). As outras práticas parentais e o índice de Estilo Parental não apresentaram relação com o SSQ-S.

Na tabela 18, que ilustra os resultados do teste de correlação entre o SSQ-S e o IEP (versão para mães), observa-se a existência de indicativos de correlação entre:

- Comportamento Moral e SSQ-S: correlação positiva ($p=0,033660$);
- Punição Inconsistente e SSQ-S: correlação negativa ($p=0,003768$);
- Índice de Estilo Parental e SSQ-S: correlação positiva ($p=0,027539$)

Esses resultados sugerem que quanto maior o nível de satisfação das mães com o suporte social que recebem, menos elas punem de forma inconsistente seus filhos, mais utilizam a prática parental: Comportamento Moral e mais positivo é o Estilo Parental adotado por elas na educação de seus filhos.

Com relação aos resultados do teste de correlação entre o SDQ e o SSQ (SSQ-N e SSQ-S), observa-se a partir da tabela 19 que não houve indicativo de correlação entre as variáveis. Dado que aponta não haver relação entre o suporte social das mães e a saúde mental dos filhos.

Tabela 19. Resultados do teste de Correlação de Spearman – SDQ & SSQ (SSQ-N e SSQ-S)

	N	Spearman R t(N-2)	p-valor
Total de dificuldades (SDQ) & SSQ-N	10	-0,463423	0,177354
Total de dificuldades (SDQ) & SSQ-S	10	-0,463423	0,177354

Portanto, de acordo com os resultados das análises de correlação, verificou-se indicativos de correlações significativas entre:

1. Punição Inconsistente na avaliação das crianças e Total de Dificuldades do SDQ– correlação negativa;
2. Índice de Estilo Parental na avaliação das crianças e Total de Dificuldades do SDQ – correlação negativa;
3. Negligência na avaliação das crianças e Satisfação com o suporte social das mães– correlação positiva;
4. Comportamento Moral na avaliação das mães e Satisfação com o suporte social das mães – correlação positiva;
5. Punição Inconsistente na avaliação das mães e Satisfação com o suporte social das mães - negativa;
6. Índice de Estilo Parental na avaliação das mães e Satisfação com o suporte social das mães – correlação positiva.

Assim, os resultados obtidos no presente estudo, apontam que quanto maior o nível de satisfação das mães com sua rede de suporte social, menos elas utilizam práticas parentais negativas na educação de seus filhos. Além disso, o uso de práticas parentais negativas parece influenciar de forma importante na presença de dificuldades sócio-emocionais nas crianças.

Portanto, o nível de satisfação das mães com o suporte social percebido é apontado como correlacionado com a maneira como elas educam

seus filhos, interferindo na presença ou não de dificuldades sócio-emocionais nas crianças.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo identificar os estilos parentais e os níveis de suporte social de mães com transtorno de humor e possíveis indicativos de correlações com níveis de desenvolvimento emocional de seus filhos. Como objetivos específicos, buscou-se identificar e comparar estilos parentais e suporte social de mães com transtorno de humor com os apresentados por mães sem transtorno mental e identificar e comparar os níveis de desenvolvimento sócioemocional de crianças cujas mães apresentem um transtorno de humor com os de crianças cujas mães não apresentem transtorno mental.

A partir dos resultados do presente estudo, observou-se que, com relação ao suporte social das mães, não houve diferenças significativas entre os grupos em relação ao número de pessoas suportivas, mas sim em relação à satisfação com o suporte percebido, de forma que as mães com transtorno de humor apresentam-se menos satisfeitas que as mães do grupo de comparação.

Hipotetiza-se que a pouca satisfação com o suporte social recebido pelas mães que apresentam um transtorno de humor esteja relacionada com as próprias características deste transtorno, principalmente no que se refere à dificuldade em perceber aspectos positivos no cotidiano em geral, inclusive nos relacionamentos sociais e, também, à própria dificuldade no estabelecimento de

relações sociais positivas. Por outro lado, destaca-se a importância do Suporte Social enquanto fator de proteção à saúde mental dos indivíduos, de forma que alguns estudos têm apontado a falta e/ou a percepção negativa do suporte social percebido como um fator de risco importante para o desenvolvimento de transtornos mentais (Lima, 1999).

Assim, uma via de mão dupla parece se constituir, na medida em que o suporte social, quando ausente, pode atuar como um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais e, ao mesmo tempo pode sofrer o impacto das limitações advindas dos transtornos mentais, como por exemplo, a diminuição das relações ou da satisfação com o suporte. Mais estudos que relacionem o suporte social com a presença de transtornos mentais são necessários para a compreensão deste processo.

Com relação às fontes de Suporte Social, observou-se que as mães com transtornos de humor consideram a família próxima (seus pais e irmãos) e os filhos como suas principais fontes de suporte social. Os cônjuges aparecem em quarto lugar, com 8,9% das indicações das mães. Ao passo que as mães do grupo de comparação apontam a família próxima e os cônjuges como as principais fontes de suporte social, sendo que os filhos aparecem em quarto lugar. Observa-se que ambos os grupos consideram a família próxima como fonte de suporte social, no entanto observa-se que as mães com transtornos de humor apontam os filhos como segunda maior fonte de suporte e os cônjuges aparecem apenas em quarto lugar.

Esse achado se aproxima do resultado encontrado no estudo de Cavaglieri e Matsukura (2005), no qual as autoras encontraram que os filhos são as principais fontes de suporte para as mães, ao passo que os cônjuges não são identificados como suportivos, ao contrário, em muitas vezes são indicados como fonte de estresse.

Benetti (2006), propondo revisar estudos que tratam do impacto dos conflitos conjugais no desenvolvimento infantil, aponta que a presença de discórdia conjugal gera um ambiente familiar mais vulnerável emocionalmente, podendo estar associado à presença de depressão materna. Embora o presente estudo não tenha focalizado essa questão, o fato de as mães com transtornos mentais indicarem pouco os maridos como fontes de suporte social pode estar relacionado à presença de conflitos conjugais. Aponta-se que a continuidade de estudos abordando o relacionamento e o apoio conjugal nesta população poderão fornecer mais elementos para a compreensão deste processo.

O fato de os filhos aparecerem como importante fonte de suporte social para suas mães com transtorno de humor, confirma os achados de Cavaglieri e Matsukura (2005) e remete à discussão do papel exercido por eles no ambiente familiar, considerando que as crianças participantes do presente estudo têm idade entre sete a doze anos, ou seja, estão em uma fase em que necessitam receber suporte e cuidados de seus responsáveis, sendo que responder as demandas de suporte colocadas pelas mães, nesta fase de seu desenvolvimento, pode significar uma alteração nos papéis de quem deveria ser

cuidado e de quem é o cuidador como apontado por Cavaglieri e Matsukura (2006).

Ainda no que se refere às fontes de suporte social indicadas pelas mães com transtornos de humor, destaca-se a presença dos técnicos de saúde mental, que são apontados por essas mães como fonte de suporte, ainda que de forma discreta (6% das indicações). Aponta-se que possivelmente os serviços de saúde mental acabam fornecendo não só o tratamento especializado, mas também atuam como importante fonte de apoio sócio-emocional às mães.

Os resultados dos testes de correlação relativos ao suporte social encontrados no presente estudo apontaram um indicativo de correlação negativa entre a satisfação com o suporte social percebido pelas mães e a prática parental de punição inconsistente.

Além disso, observou-se uma correlação positiva entre a satisfação com o suporte social e a prática parental positiva: “comportamento moral”.

Esse achado indica que quanto mais as mães estão insatisfeitas com o suporte social recebido, mais lidam de forma negativa com seus filhos, e vice-versa, o que possibilita compreender que a satisfação com o suporte social percebido pelas mães é um importante fator de risco ou proteção para o desenvolvimento de problemas sócio-emocionais em crianças, visto que ele interfere positivamente ou negativamente no Estilo Parental adotado por elas na educação de suas crianças.

Nessa mesma direção, Hashima e Amato (1994) encontraram que o suporte social diminui a possibilidade de ocorrência de comportamentos

parentais negativos (punitivos e/ou não-apoiadores) em famílias de diferentes níveis sócio-econômicos, sendo um importante fator de proteção para genitores provenientes de classes sociais menos favorecidas.

Um resultado surpreendente encontrado referente ao suporte social, foi o indicativo de correlação positiva entre a satisfação com o suporte social e a prática parental de negligência materna, pela avaliação das crianças. Esse dado indica que quanto mais satisfeitas com o suporte social, mais negligentes são as mães, na visão de suas crianças.

Buscando compreender esse resultado, observa-se que nas análises das diferenças entre os grupos, encontrou-se que as mães do grupo de comparação são mais satisfeitas com o suporte social percebido que as mães com transtornos de humor. Verificou-se, também, que os filhos de mães sem transtornos mentais consideram suas mães mais negligentes que os filhos de mães com transtorno de humor. É possível que tal resultado de correlação tenha sido fortemente determinado pelas respostas das mães e crianças do grupo de comparação, porém, em função do número reduzido de participantes, análises separadas dos grupos não podem ser realizadas. Portanto, é possível que estudos envolvendo amostras maiores possam oferecer dados mais consistentes e, então, confirmar ou refutar esse indicativo de correlação.

De qualquer forma, observa-se que as correlações encontradas, referentes ao suporte social, são relativas somente ao índice SSQ-S, isto é, à satisfação com o suporte. Nenhum indicativo de correlação entre o número de

peessoas suportivas (índice SSQ-N) e práticas parentais, estilo parental e saúde mental dos filhos foram encontradas.

No estudo de Matsukura (2001), foi identificada uma associação negativa entre satisfação com o suporte social e estresse materno. A autora aponta que tal resultado contribui para reflexões a respeito de intervenções direcionadas a famílias, nas quais um investimento dirigido apenas para o aumento das redes sociais não seria suficiente e que a compreensão sobre os processos envolvidos na adequação e na satisfação com o suporte recebido, teriam resultados mais positivos (Matsukura, 2001). Os resultados do presente estudo reforçam tais considerações.

Com relação às práticas e estilos parentais, os resultados do presente estudo mostraram que mães com transtorno de humor e seus filhos avaliam o estilo parental das mães como de risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais nos filhos, diferentemente das mães do grupo de comparação. Esse dado confirma alguns achados da literatura que apontam que a depressão ou outro transtorno mental materno influencia negativamente o estilo parental das mães (Leiferman, et. al., 2005; Oates, 1997; Oyserman, et. al., 2005).

Por outro lado, pôde-se observar que os filhos das mães do grupo de comparação fizeram uma avaliação das práticas e estilos parentais adotados por suas mães pior que elas mesmas, de forma que os escores dos filhos apontaram estilos parentais de risco ou regular para suas mães, ao passo que os escores das mães indicaram estilos parentais ótimo ou regular.

Hipotetiza-se que as crianças, filhas de mães que não apresentam transtornos mentais, podem apresentar maior criticidade e exigência que as crianças cujas mães apresentem um transtorno de humor. Porém, outros estudos seriam necessários para a maior compreensão deste achado.

Com relação à prática parental de punição inconsistente, os resultados do presente estudo indicaram que as mães com transtornos mentais punem mais de forma inconsistente seus filhos que as mães do grupo de comparação. Assim, aponta-se que o transtorno de humor materno parece influenciar no modo como as mães lidam com seus filhos no cotidiano.

De acordo com Dishion e McMahon (1998), a relação pais-filho se baseia pela motivação parental, compreendida como a crença dos pais no sistema de valores, normas e objetivos familiares; no monitoramento dos pais com relação à vida dos filhos e no controle do comportamento dos filhos. Hipotetiza-se que o transtorno mental materno possa afetar a motivação parental, de forma que é possível haver uma dificuldade por parte das mães com transtorno mental em diferenciar suas emoções causadas pelo estado de sua saúde mental daquelas causadas pelas ações dos filhos ou das ações e princípios que poderiam nortear práticas mais positivas.

Assim, o resultado do presente estudo com relação à prática parental de punição inconsistente confirma os achados da literatura da área que indicam que mães com transtornos mentais apresentam práticas parentais menos positivas, ou seja, se engajam pouco na rotina de atividades de seus filhos, são menos afetivas, exercem um controle parental inconsistente e uma monitoria

negativa (Leiferman, et. al., 2005; Oates, 1997; Oyserman, et. al., 2005; Oyserman, et. al., 2002; Oyserman, et. al., 2000; Romero, et. al., 2005; Snellen, et. al., 1999).

Com relação às outras práticas parentais os resultados do presente estudo não apontaram diferenças significativas entre os grupos.

O mesmo ocorreu com os resultados advindos da avaliação da saúde mental da criança, por meio do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), no qual nenhuma diferença significativa entre os grupos (GTM e GC) foi identificada. Tal resultado indica que o transtorno de humor materno parece não atuar diretamente como fator determinante para o desenvolvimento de dificuldades sócio-emocionais nos filhos na faixa etária abordada.

Esse achado concorda com o que Cavaglieri & Matsukura (2005) encontraram em seu estudo, no qual os filhos adolescentes de mães com transtornos de humor não apresentaram problemas referentes à saúde mental, embora tenham relatado algumas dificuldades presentes na convivência com suas mães. As autoras avaliam que os adolescentes parecem ter encontrado formas de adaptação positivas às alterações de comportamento da mãe, referentes ao transtorno mental (Cavaglieri & Matsukura, 2005).

No entanto, esse resultado não confirma o que a maioria dos estudos tem indicado a respeito da saúde mental de filhos de mães com transtorno mental, que apontam que essas crianças tendem a apresentar no decorrer de seu desenvolvimento, dificuldades sociais, comportamentais, emocionais e cognitivas, podendo desenvolver inclusive transtornos mentais (Lesesne, et. al.,

2003; Oates, 1997, Oyserman, et. al, 2002; Oyserman, et. al., 2000; Romero, et. al., 2005; Snellen, et. al., 1999).

Oyserman et. al. (2000), em seu estudo de revisão, aponta que as dificuldades relativas à saúde mental das crianças cujas mães apresentam transtorno mental podem ocorrer de forma distinta nas diferentes fases do desenvolvimento. Dessa forma, é possível que na etapa de desenvolvimento considerada no presente estudo, as dificuldades emocionais das crianças possam ainda não ser identificadas.

Embora não tenham sido encontradas diferenças significativas entre os grupos com relação à saúde mental das crianças, as análises de correlação realizadas apontaram indicativos de correlação negativa entre o estilo parental das mães avaliado pelas crianças a partir do IEP e o total de dificuldades sócio-emocionais das crianças segundo suas próprias avaliações e também segundo avaliações das mães, de forma que, quanto menor o índice de estilo parental apresentado, mais dificuldades sócio-emocionais as crianças apresentam.

Resultado semelhante foi obtido com relação à prática parental materna de punição inconsistente na avaliação das crianças e o total de dificuldades sócio-emocionais das crianças apontado pelas mães, isto é, houve um indicativo de correlação positiva entre essas duas variáveis. Gomide (2006) aponta que a Punição Inconsistente interfere na percepção do indivíduo, prejudicando sua avaliação com relação às conseqüências que suas ações têm sobre as pessoas e sobre o ambiente. Dessa forma, se a mãe pune a criança algumas vezes e outras não, pelo mesmo comportamento, provavelmente, o que

está determinando sua conduta não é o comportamento do filho, mas o estado emocional da mãe. Isso faz com que a criança não interiorize valores morais, mas sim, aprenda a discriminar quando a mãe está nervosa ou não.

Essa situação afeta a saúde mental da criança, na medida em que ela é punida por algo independente de sua conduta, o que pode causar baixa auto-estima, deixando-a fragilizada e, conseqüentemente, fazendo com que ela evite o “mau humor dos pais” e, muitas vezes procure grupos desviantes que a levam a cometer atos anti-sociais (Gomide, 2006). Os resultados encontrados no presente estudo reforçam tais considerações.

Vale lembrar que na versão para as mães do IEP, os resultados indicaram uma diferença significativa entre os grupos no que se refere a esta prática parental, indicando que as mães com transtorno de humor punem mais seus filhos de forma inconsistente que as mães do grupo de comparação. Assim, mais uma vez, aponta-se que o transtorno de humor materno parece influenciar no modo como as mães lidam com seus filhos. Ou seja, ainda que diferenças na avaliação da saúde mental das crianças não tenham sido identificadas entre os grupos, indiretamente o transtorno mental parece afetar o desenvolvimento dos filhos por meio do estilo parental.

Não obstante, esse achado confirma o que alguns estudos têm encontrado sobre a influência do transtorno mental materno nas práticas e estilos parentais adotados pelas mães na educação dos filhos. Aponta-se que a depressão ou outro transtorno mental materno influencia negativamente as

práticas e estilos parentais das mães e conseqüentemente traz prejuízos sócio-emocionais para as crianças (Leiferman, et. al., 2005; Oyserman, et. al., 2005).

Os achados do presente estudo confirmam três das quatro hipóteses investigadas, a saber: 1. O transtorno mental materno pode estar associado a estilos parentais negativos; 2. A presença de estilos parentais negativos pode estar associada à problemas sócio-emocionais nas crianças; 3. O suporte social está relacionado a estilos parentais mais positivos. Apenas a hipótese de que filhos de mães com transtorno mental apresentam mais dificuldades sócio-emocionais que filhos de mães sem transtornos mentais não foi apoiada pelos resultados.

Aponta-se que a presente pesquisa apresentou limites referentes ao número reduzido de participantes, de forma que as análises estatísticas foram realizadas com uma quantidade de dados bastante pequena, impossibilitando a generalização dos dados. De qualquer forma, as diferenças e correlações encontradas são sinalizadores importantes que podem ser aprofundados e/ou confirmados em estudos futuros envolvendo uma população maior.

Não obstante, destaca-se o cuidado adotado na definição dos critérios para a composição da amostra, onde buscou-se homogeneizar variáveis como transtorno mental das mães, tempo da existência dos sintomas, estado civil das mães, classificação econômica e idade dos filhos. Variáveis estas apontadas como importantes na literatura e nem sempre consideradas em estudos que contam com amostras mais amplas.

Dessa forma, observa-se que o presente estudo acrescenta no conhecimento sobre fatores de risco e proteção e sobre famílias e crianças cujos pais apresentam um transtorno mental. Além disso, os resultados possibilitam uma reflexão sobre a importância de intervenções voltadas para o fortalecimento da rede de suporte social de mães com transtornos mentais, que atinjam tanto as próprias mães, quanto suas principais fontes de suporte social, ou seja, a família próxima e os filhos.

Aponta-se que reflexões sobre possíveis ações preventivas de apoio a essas famílias referentes à utilização de práticas e estilos parentais mais positivas na educação dos filhos são necessárias, considerando o papel do suporte social e as práticas e estilos parentais, que, quando positivos, constituem-se em um importante fator protetivo para o desenvolvimento infantil.

Considera-se, por fim, que o presente estudo contribui para investigações na área e para a compreensão da realidade brasileira, na medida em que possibilita um maior entendimento da dinâmica de famílias cujas mães apresentam um transtorno de humor, proporcionando reflexões e proposições de práticas preventivas em Educação Especial e Saúde Mental voltadas às crianças e à família.

Considerações Finais

Frente à literatura da área que aponta o transtorno mental materno enquanto um importante fator de risco para a saúde mental infantil, a proposta do presente estudo descritivo foi identificar os estilos parentais e os níveis de suporte social de mães com transtornos de humor e possíveis indicativos de correlações com níveis de saúde mental de seus filhos.

Apresentou-se, através de revisão de literatura, os principais aspectos identificados sobre estilo parental, suporte social e saúde mental materna, enquanto fatores de risco e proteção ao desenvolvimento emocional dos filhos, verificando-se, a partir dos estudos, relações importantes entre a presença de um transtorno mental na mãe e a presença de práticas e estilos parentais negativos na educação dos filhos, bem como maiores chances dos filhos de tais mães apresentarem dificuldades em sua saúde mental. Além disso, observou-se que o suporte social percebido pelas mães é apontado como importante fator de proteção frente a situações estressoras.

A partir de tais indicações da literatura, o presente estudo foi estruturado. Foram participantes dez crianças de idade entre 7 a 12 anos e suas mães: cinco mães com transtorno mental e suas crianças e cinco mães sem transtorno mental e seus filhos que compuseram o grupo controle.

Os principais resultados encontrados mostraram que:

- Os filhos e a família próxima (pais e irmãos) são as principais fontes de suporte social das mães que apresentam transtorno de humor, sendo que os cônjuges aparecem apenas em quarto lugar na indicação das mães. Já

para as mães do grupo de comparação, a família próxima e o cônjuge aparecem como principais fontes de suporte social e os filhos aparecem apenas em quarto lugar;

- As mães com transtornos de humor são mais insatisfeitas com o suporte social que recebem do que as mães do grupo de comparação;
- As mães com transtornos de humor apresentam mais estilos parentais de risco e punem mais de forma inconsistente seus filhos que as mães do grupo de comparação;
- Quanto mais insatisfeitas as mães estão com relação ao suporte social que recebem, mais elas punem de forma inconsistente seus filhos e mais apresentam estilos parentais de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental nos mesmos;
- Quanto mais as mães punem seus filhos de forma inconsistente e apresentam estilos parentais negativos, mais problemas de saúde mental as crianças apresentam.

Os resultados foram discutidos, destacando-se os principais aspectos de risco envolvidos no desenvolvimento emocional de filhos de mães com transtornos de humor.

Aponta-se que a presente pesquisa apresentou limites referentes ao número reduzido de participantes, de forma que as análises estatísticas foram realizadas com uma quantidade de dados bastante pequena, impossibilitando a generalização dos dados. De qualquer forma, as diferenças e correlações

encontradas são sinalizadores importantes que podem ser aprofundados e/ou confirmados em estudos futuros envolvendo uma população maior.

Nessa direção, a presente pesquisa atingiu os objetivos propostos, contribuindo com um maior conhecimento a respeito dos fatores de risco e proteção que envolvem a saúde mental infantil. Além disso, fornece subsídios para o desenvolvimento de novas investigações, bem como para a reflexão e planejamento de possíveis intervenções direcionadas aos principais atores envolvidos nesse processo – as crianças e a família.

Referências Bibliográficas

- Amorim, P. (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 22 (3), 106-115.
- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – www.abep.org.br
- 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.
- Benetti, S. P. C. (2006) Conflito Conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 19 (2), 261-268.
- Brennan, P. A.; Hammen, C.; Katz, A. R. & Le Brocque, R. M. (2002) Maternal Depression, Paternal Psychopathology, and Adolescent Diagnostic Outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 70 (5), 1075-1085.
- Cavaglieri, D.R. & Matsukura, T.S. (2005). **Famílias de portadores de transtorno mental: reconhecendo a realidade dos pais e seus filhos**. Trabalho de iniciação científica. Pró Reitoria de Pós-Graduação. Departamento de Terapia Ocupacional -UFSCar, 128 p.
- Ceballos, R.; McLoyd, V. C. (2002) Social Support and Parenting in Poor, Dangerous Neighborhoods. **Child Development**. 73 (4). 1310-1321.
- Ceconello, A.M., & Koller, S.H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de psicologia (Natal)**. 5, (1), 71-93.
- Coie, J. D.; Watt, N. F.; West, S. G.; Hawkins, D.; Asarnow, J. R.; Markman, H. J.; Ramey, S. L.; Shure, M. B. & Long, B. (1993) The Science of Prevention: A Conceptual Framework and Some Directions for a National Research Program. **American Psychologist**. 48 (10), 1013-1022.
- Conover, W. J. (1980) **Practical Nonparametric Statistics**. New York: Wiley.

- Costa, F.T., Teixeira, M.A.T. & Gomes, W.B. (2000). Responsividade e Exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 13 (3), 465-473.
- Cury, C.R.& Golfeto, J.H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 25 (3).
- Dekovic, M. (1999) Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior During Adolescence. **Journal of Youth and Adolescence**. 28(6) 667-685.
- Dessen, M. A. & Braz, M. P. (2000) Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 16(3). 221-231.
- Dishion, T. J. & McMahon, R. J. Parental Monitoring and the Prevention of Child and Adolescent Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Formulation. **Clinical Child and Family Psychology Review**. 1(1) 61-75.
- Dwairy, M & Menshar, K. E. (2006) Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. **Journal of Adolescence**. 29. 103–117.
- Ferrioli, S. H. T.; Marturano. E. M. & Puntel, L. P. (2007) Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**.
- Filizola, C. L. A. & Pavarini, S. I. (2003). **Alguns quadros de sofrimento psíquico**. São Carlos, EdUFSCar, Série Apontamentos.
- Fleitlich, B.W. & Goodman, R. (2000). Epidemiologia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 22.(2) São Paulo.
- Gomide, P. I. C. (2003) Estilos parentais e comportamento anti-social. In: Del Prette, A.; Del Prette, Z. A. P. (orgs) (2003). **Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção**. Campinas, Alínea Editora.
- Gomide, P. I. C. (2006) **Inventário de Estilos Parentais (IEP): Modelo Teórico – Manual de aplicação, apuração e interpretação**. Petrópolis. Editora Vozes.
- Goodman R. (2001) Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 40:1337-45.

- Greenberg, M. T.; Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001) The Prevention of Mental Disorders in school-aged children: current state of the field. **Prevention & Treatment**. 4 (1).
- Guralnick, M. J. (1997). **The effectiveness of early intervention**. Baltimore, Maryland, Paulh Brookes Publishing.
- Gutt, E. K. (2005) **Perfil comportamental e competência social de crianças e adolescentes filhos de mulheres com esquizofrenia**. Dissertação de mestrado. Psiquiatria. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Halpern, R. & Figueiras, A.C.M. (2004) Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**. 80.(2), Porto Alegre.
- Hashima, P.Y. & Amato, P.R. (1994). Poverty, social support, and parental behavior. **Child Development**, 65, 394-403.
- Hutz, C.S. (org) (2005) **Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção**. São Paulo. Editora Casa do Psicólogo.
- Jeronymo, D. V. Z. & Carvalho, A. M. P. (2005) Self-concept, academic performance and behavioral evaluation of the children of alcoholic parents. **Revista brasileira de Psiquiatria**. 27 (3) 233-236.
- Kohn, R.; Levav, I.; Alterwain, P.; Ruocco, G.; Conterá, M.; & Della Grotta, S. (2001), Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 9(4) 211-218.
- Leiferman, J. A.; Ollendick, T. H.; Kunkel, D. & Christie, I. C. (2005). Mothers' mental distress and parenting practices with infants and toddlers. **Archives of Womens Mental Health**. 8: 243–247
- Lesesne, C. A.; Visser, S. N. & White, C. P. (2003) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: Association With Maternal Mental Health and Use of Health Care Resources. **Pediatrics**. 111(5) 1232-1237.
- Lima, M. S. (1999) Epidemiologia e impacto social. **Revista brasileira de Psiquiatria**. 21.
- Linhares, M.B.M, Bordim, M.B.M & Carvalho, A.E.V. (2004) Aspectos do Desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar. Em: Marturano, E.M., Linhares, M.B.M & Loureiro, S.R. **Vulnerabilidade e**

proteção: Indicadores na Trajetória de desenvolvimento do escolar.
São Paulo. Casa do Psicólogo, FAPESP.

Matsukura, T.S. (2001) **Mães de crianças com necessidades especiais: stress e percepção de suporte social.** 179 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Matsukura, T. S.; Marturano, E. M.& Oishi, J. (2002) O Questionário De Suporte Social (SSQ): Estudos da adaptação para o português. **Rev Latino-Americana de Enfermagem** 10(5):675-81

Melman, J. (2001). **Família e Doença Mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo. Escrituras Editora.

Mondin, E. M. C. (2005) Um olhar ecológico da família sobre o desenvolvimento humano. *Psicologia Argumento*. 23(41). 25-35

Oates, M. (1997). Patients as parents: The risk to children. **The British Journal of Psychiatry**. 170 (32), 22 – 27.

Oliveira, E. a.; Marin, A.H.; Pires, F.B.; Frizzo, G,B.; Ravello, T. & Rossato, C. (2002) Estilos Parentais Autoritário e Democrático-Recíproco Intergeracionais, Conflito Conjugal e Comportamentos de Externalização e Internalização. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre.15 (1).

OMS (1993). **Classificação Internacional das Doenças**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Oyserman, D.; Bybee, D; Mowbray, C. T. & Johnson, T. H. (2005) When mothers have serious mental health problems:parenting as a proximal mediator. **Journal of Adolescence** 28, 443–463.

Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C. T. & MacFarlane, P. (2002). Positive parenting among African American mothers with a serious mental illness. **Journal of Marriage and Family**. 64 (1), 65 – 77.

Oyserman, D., Mowbray, C., Meares, P. A. & Firminger, K. B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. **American Journal of Orthopsychiatry**. 70 (3), 296 – 315.

Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a

- adolescência: Uma perspectiva desenvolvimentista. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 18(1), 55-61.
- Poletto, M.; Wagner, T. M. C. & Koller, S. H. (2004) Resiliência e desenvolvimento infantil e crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 10(3) 241-250
- Ribeiro, M. B. S. (2003) **Estudo de características familiares de usuários de uma associação civil para reabilitação psicossocial**. Dissertação de mestrado – Universidade Estadual Paulista: “Júlio de Mesquita Filho”. Botucatu.
- Romero, S., DelBello, M.P, Soutullo, C.A., Stanford, K. & Strakowski, S.M. (2005). Family environment in families with versus families without parental bipolar disorder: a preliminary comparison study. **Bipolar disorders**. 7, 617-622.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316 - 331.
- Ruzzi-Pereira, A. (2007) **Doença Mental Materna: ações de *parenting* e suporte social**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- Salvo, C. G., Silveiras, E. M., & Toni, P. M. (2005). **Práticas educativas como preditoras de problemas de comportamento e competência social**. *Psicologia em Estudo*, 22(2), 187-196.
- Sameroff, A.J.; Seifer, R.; Barocas, R.; Zax, M.; Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors. **Pediatrics**. 79 (3) 343-350.
- Santos, L.C. & Marturano, E.M. (1999) Crianças com dificuldades de aprendizagem: um estudo de segmento. **Psicologia Reflexão e crítica**. 12, 377-394.
- Sapienza, G. & Pedromônico, M.R.M. (2005) Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Saud, L. F.; Tanelotto, J. M. F. (2005) Comportamento Social na Escola: Diferenças entre Gênero e Séries. **Psicologia Escolar e Educacional**. 9(1) 47-57.

- Schwengber, D.D.S & Piccinini, C.A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de psicologia**. 8 (3), 403-411.
- Silver, E. J.; Heneghan, A. M.; Bauman, L. J. & Stein, R. K. (2006) The Relationship of Depressive Symptoms to Parenting Competence and Social Support in Inner City Mothers of Young Children. **Maternal and Child Health Journal**. 10 (1) 105-112.
- Snellen, M., Mack, K. & Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother – infant interaction: examining the relationship. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. 33, 902 – 911.
- Souza, J., Jeronymo, D.V.Z. & Carvalho, A.M.P. (2005). Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas. **Psicologia em estudo**. 10 (2).
- Teixeira, M. A. P., Bardagi, M. P., & Gomes, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. **Avaliação Psicológica**, 3, 1-12.
- Tsu, T. (1993). **A Internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo Edusp.
- Vitolo, Y. L. C.;Fleitlich-Bilyk, B.; Goodman, R.; Bordin, I. & Altenfelder, S. (2005) Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Revista de Saúde Pública**. 39(5). 716-724.
- Weber, L.N.D, Prado, P.M., Viezzer, A.P. & Brandenburg, O.J. (2004) Identificação de Estilos Parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 17 (3), 323-331.
- Webster-Stratton, C. (1997). Early intervention for families of preschool children with conduct problems. In M. J. Guralnick (Org.), **The effectiveness of early intervention** (pp. 429-453). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Yunes, M. A. M.; Szymanski, H. (2001) Resiliencia: Noção, conceitos afins e considerações críticas. Em Tavares, J. (org) **Resiliência e educação**. Editora Cortez. São Paulo.

ANEXOS

ANEXO 1



Critério de Classificação Econômica Brasil

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

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

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

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásio incompleto	1
Ginásio completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo "... *conheço um sujeito que é obviamente*

classe D, mas pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

CLASSE	Total BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (R\$)
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207

ANEXO 2

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ **PROTOCOLO** **NÚMERO:**

DATA DE NASCIMENTO : _____ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:**

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:**

DATA DA ENTREVISTA: _____ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:**

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira
A.' EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas) <u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)
F. AGORAFOBIA	Atual
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês) <u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não a	Atual (12 últimos meses)
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira <u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (→) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail:
p.amorim@persogo.com.br

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail :
dsheehan@com1.med.usf.edu

➔ **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 <u>OU</u> A2 SÃO COTADAS SIM ?		➔ NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)
COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM | 9 |

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO
MAIOR ATUAL**

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

- | | | | | |
|-----|---|----------|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | ➔
NÃO | SIM | 10 |
|-----|---|----------|-----|----|

b Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses? NÃO SIM 11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
<u>EPISÓDIO</u>	
<u>DEPRESSIVO</u>	
<i>MAIOR PASSADO</i>	

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
a	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a <u>OU</u> A6b SÃO COTADAS SIM ?	➔ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
a				
	b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
	c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade Para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
	d A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
	e A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18

f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?

NÃO SIM 19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

***EPISÓDIO
DEPRESSIVO
MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL***

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28
	B4 É COTADA SIM?	NÃO SIM TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL		

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE

C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO

C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
Elevado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 ε Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
b SE “SIM” Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 ε Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
b SE “SIM” Sente-se, excessivamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	➔ NÃO	SIM	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
SE **D1b** E **D2b** = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável

:

a Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7

d Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

➔ **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3
 OU 4 SE **D1a** = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU **D1b** = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

➔
 NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais
ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?
 COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM 12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

Atual

Passado

D4 É COTADA "SIM" ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO MANÍACO

Atual

Passado

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	NÃO	SIM	1
SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES				
SE E1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante o episódio em que se sentiu pior :			
a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	15
m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE E5 = “NÃO”, PASSAR a E7.				

E6 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?

NÃO SIM 17
Transtorno de Pânico Atual

SE E6 = “SIM”, PASSAR A F1.

E7 HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?

NÃO SIM 18
Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

*Agorafobia
Atual*

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

➔ **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	➔ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	➔ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	➔ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM

***FOBIA SOCIAL
ATUAL***

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) **ou** que tinha micróbios **ou** medo de contaminar os outros **ou** de agredir alguém mesmo contra a sua vontade **ou** de agir impulsivamente **ou** medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins **ou** ainda de ser invadido por idéias/imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis **ou** uma necessidade de colecionar **ou** ordenar as coisas? NÃO SIM 1

Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas da vida Cotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque O(A) ENTREVISTADO(A) pode TER prazer COM ESSAS EXPERIÊNCIAS e desejar resistir A ELAS apenas POR suas conseqÜências negativas.

SE **H1** = “**NÃO**”, PASSAR A **H4**.

H2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ? NÃO SIM 2

SE **H2** = “**NÃO**”, PASSAR A **H4**

H3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ? NÃO SIM 3

H4 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos? NÃO SIM 4

H3 OU **H4** SÃO COTADAS “**SIM**” ?

➔
NÃO SIM

H5 Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ? NÃO SIM 5

➔
NÃO SIM

H6 Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ? NÃO SIM 6

H6 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM

***TRANSTORNO
OBSESSIVO-
COMPULSIVO
ATUAL***

➔ **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	➔ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	➔ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?	➔ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades para se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12

e Ficava sobressaltado(a) por quase nada? NÃO SIM 13
 →
 HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4 NÃO SIM

15 Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais? NÃO SIM 14
 SIM

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1 Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ? → NÃO SIM 1

J2 Nos últimos 12 meses:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM 2
- b Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ?
 Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? NÃO SIM 3
 COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO
- c Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ? NÃO SIM 4
- d Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ? NÃO SIM 5
- e Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ? NÃO SIM 6
- f Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ? NÃO SIM 7

g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?

NÃO SIM 8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?

NÃO **→** SIM

J3 Durante os últimos 12 meses:

a Ficou embriagado ou de “ressaca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?

NÃO SIM 9

COTAR "**SIM**" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| b | Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? | NÃO | SIM | 10 |
| c | Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | SIM | 11 |
| d | Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO SIM
ABUSO DE ALCÓOL
ATUAL

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA

BRANCA

CANNABIS

BASEADO

COCAÍNA

CODEÍNA

COLA

CRACK

MACONHA

MERLA

ECSTASY

ERVA

ÉTER

GASOLINA

HAXIXE

HEROÍNA

L.S.D.

MARIJUANA

MESCALINA

METADONA

MORFINA

ÓPIO

PCP

PÓ

RITALINA

COGUMELO

SPEEDS

TEGISEC

TOLUENO

TRICLOROETILENO

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”? →
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca, “neve”, “branca”

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter, “lança perfume”, “loló”

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica
Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADO

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? | NÃO | SIM | 2 |
| COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO | | | | |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? | NÃO | SIM | 5 |

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/ VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?	NÃO	→ SIM
---	-----	----------

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8 |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 9 |
| c | Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |

d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) :

NÃO SIM

**ABUSO DE
SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL**

L. SÍNDROME PSICÓTICA

*PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.*

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

			BIZARRO		
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	2

L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR “ SIM ” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “ SIM ” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM		11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM →L.8a	12
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “ SIM ” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM		13
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM		14

OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:

L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO «b» COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «b» COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL	
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «a» COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «a» COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA	
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?	→ NÃO SIM	
b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?	→ NÃO SIM	18
	SE L13a É COTADA “SIM”: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL	

d L13b OU L13c são COTADAS “SIM”?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR <i>com Sintomas Psicóticos</i>	
VIDA INTEIRA	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _ kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO SIM		1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO SIM		2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO SIM		3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO SIM		4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO SIM		5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO SIM		6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO SIM		
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO SIM		7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
ANOREXIA NERVOSA
ATUAL

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

→ **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8				
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9				
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10				
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11				
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12				
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8	NÃO	SIM	13				
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14				
* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)								
N8	N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	BULIMIA NERVOSA ATUAL	
NÃO	SIM							
BULIMIA NERVOSA ATUAL								

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<i>ANOREXIA NERVOSA</i> <i>tipo Compulsão Periódica / Purgativa</i> ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
	NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...			
b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
	DE O3 A O3f COTAR "NÃO" OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE			
O3	Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6

d	Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7
e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM P1?

→
NÃO SIM

P2 Não cotar “SIM” as respostas abaixo se os comportamentos DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL <i>VIDA INTEIRA</i>	

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem ser solicitadas aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0:
Afrikaans	R. Emsley	
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvolsky
Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/ Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe

Sueco
Turco
Urdu

M. Waern, S. Andersch, M. Humble
T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip

C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
T. Örnek, A. Keskiner
A. Taj, S. Gambhir

O desenvolvimento e a validação do M..I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ)

1. EM CADA QUESTÃO VOCÊ DEVERÁ RESPONDER AS DUAS PARTES
2. NENHUMA QUESTÃO DEVE FICAR SEM RESPOSTA
3. NA PRIMEIRA PARTE DE CADA QUESTÃO VOCÊ DEVERÁ COLOCAR AS INICIAIS DO NOME OU O NOME DE CADA PESSOA COM QUEM VOCÊ PODE CONTAR NAQUELA SITUAÇÃO - APÓS AS INICIAIS ESCREVA QUEM ESSA PESSOA É PARA VOCÊ (AMIGA, MARIDO, IRMÃO, MÃE, VIZINHA, ETC).
4. SE VOCÊ NÃO POSSUIR NENHUMA PESSOA PARA AJUDÁ-LA NA SITUAÇÃO QUE A PERGUNTA DESCREVE, MARQUE A OPÇÃO: () NINGUÉM
5. VOCÊ PODE ESCREVER EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS NOS ESPAÇOS QUE ESTÃO MARCADOS PARA SEREM PREENCHIDOS (E NÃO UM NÚMERO MAIOR QUE OS ESPAÇOS DISPONÍVEIS)
6. PODE-SE REPETIR A MESMA PESSOA NAS DIFERENTES PERGUNTAS
7. NA SEGUNDA PARTE DA QUESTÃO VOCÊ DEVERÁ MARCAR A OPÇÃO QUE MAIS SE APROXIMA DO QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM O APOIO DAS PESSOAS QUE VOCÊ DESCREVEU NA PRIMEIRA PARTE. MARQUE O GRAU DA SUA SATISFAÇÃO MESMO SE VOCÊ RESPONDEU “NINGUÉM”
8. MARCAR APENAS UMA OPÇÃO NA PARTE “EM QUE GRAU VOCÊ FICA SATISFEITO”

SSQ

1. Com quem você realmente pode contar para ouvi-lo(a) quando você precisa conversar?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito(a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

2. Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo(a) se uma pessoa que você pensou que era um bom(boa) amigo(a) insultou você e disse que não queria ver você novamente?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

3. Você acha que é parte importante da vida de quais pessoas?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

4. Quem você acha que poderia ajudar se você fosse casado(a) e tivesse acabado de se separar?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

5. Com quem você poderia realmente contar para ajudá-lo(a) a sair de uma crise, mesmo que para isso esta pessoa tivesse que deixar seus próprios afazeres para ajudar você?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

6. Com quem você pode conversar francamente sem ter que se preocupar com o que diz?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

7. Quem ajuda você a sentir que você verdadeiramente tem algo positivo que pode ajudar os outros?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

8. Com quem você pode realmente contar para distraí-lo(a) de suas preocupações quando você se sente estressado(a)?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

9. Com quem você pode realmente contar quando você precisa de ajuda?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

10. Com quem você poderia realmente contar para ajudar caso você fosse despedido(a) do emprego ou fosse expulso(a) da escola?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

11. Com quem você pode ser totalmente você mesmo(a)?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

12. Quem você acha que realmente aprecia você como pessoa?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

13. Com quem você pode contar para dar sugestões úteis que ajudam você a não cometer erros?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

14. Com quem você pode contar para ouvir seus sentimentos mais íntimos de forma aberta e sem criticar você?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

15. Quem vai confortar e abraçar você quando você precisar disso?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

16. Quem você acha que a ajudaria se um bom amigo seu tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

17. Com quem você realmente pode contar para ajudá-lo(a) a ficar mais relaxado(a) quando você está sob pressão ou tenso(a)?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

18. Quem você acha poderia ajudar se morresse um parente seu, muito próximo?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

19. Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e de pior?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

20. Com quem você pode contar para preocupar-se com você independentemente do que esteja acontecendo com você?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

21. Com quem você realmente pode contar para ouvir você, quando você está muito bravo(a) com alguém?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

22. Com quem você pode contar para lhe dizer, delicadamente, que você precisa melhorar em alguma coisa?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

23. Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo(a) a sentir-se melhor quando você está deprimido(a)?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

24. Quem você sente que gosta de você verdadeira e profundamente?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

25. Com quem você pode realmente contar para consolá-lo(a) quando está muito contrariado(a)?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

26. Com quem você pode realmente contar para apoiá-lo(a) em decisões importantes que você toma?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

27. Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo(a) a se sentir melhor quando você está muito irritado(a) e pronto(a) para ficar bravo(a) com qualquer coisa?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

CÁLCULO DOS SCORES

O SSQ fornece dois scores: 1.) Índice N = SSQ-N e, 2.) Índice S = SSQ-S

PARA O ÍNDICE N (no. de pessoas percebidas como suportivas)

Soma de todas as pessoas citadas ao longo das 27 questões e divide-se por 27 (máximo é 243 = 9 x no. total de questões) = média simples

O resultado representa o score obtido pelo respondente (um score maior representa um maior número de pessoas percebidas como suportivas / assim os scores são utilizados em termos comparativos)

PARA O ÍNDICE S (satisfação com o suporte social)

Soma-se o número correspondente a escala de 6 pontos apresentada* (máximo é 162) ao longo das 27 questões (média simples):

Escala* = (6) muito satisfeito

(5) razoavelmente satisfeito

(4) um pouco satisfeito

(3) um pouco insatisfeito

(2) razoavelmente insatisfeito

(1) muito insatisfeito

Assim o score máximo para o índice S será 6 = correspondendo ao grau máximo de satisfação com o suporte social. / muito satisfeito

OBS 1. Para avaliar a composição da rede de suporte social dos respondentes é necessário que o mesmo informe qual o grau/tipo de relacionamento o mesmo possui com a pessoa citada.

Ex. marido, vizinho, amigo, etc...

OBS 2. Os autores também sugerem o SSQ Family score que seria obtido focalizando apenas os familiares citados ao longo das questões

ANEXO 4

INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS (IEP)
Práticas Educativas maternas e paternas: Auto-aplicação

O objetivo deste instrumento é estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Não existem respostas certas ou erradas. Responda cada questão com sinceridade e tranquilidade. Suas informações serão sigilosas. Escolha, entre as alternativas a seguir, aquelas que mais refletem a forma como **você** educa seu/sua filho (a).

Identificação

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Sexo () m () f

Nome do filho(a): _____

Responda a tabela a seguir fazendo um X no quadradinho que melhor indicar a frequência com que **você** age nas situações relacionadas; mesmo que a situação descrita nunca tenha ocorrido, responda considerando o seu possível comportamento naquelas circunstâncias.

Utilize a legenda de acordo com o seguinte critério:

NUNCA: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 0 a 2 vezes.

ÀS VEZES: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 3 a 7 vezes.

SEMPRE: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 8 a 10 vezes.

	Entre 10 episódios		
	8 a 10 Sempre	3 a 7 Às vezes	0 a 2 Nunca
1. Quando meu filho(a) sai, ele(a) conta espontaneamente onde vai.			
2. Ensino meu filho(a) a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ele(a).			
3. Quando meu filho(a) faz algo errado, a punição que aplico é mais severa dependendo do meu humor.			
4. Meu trabalho atrapalha na atenção que dou a meu filho(a).			
5. Ameaço que vou bater ou castigar e depois não faço nada.			
6. Critico qualquer coisa que meu filho(a) faça, como quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados.			
7. Bato com cinta ou outros objetos nele(a).			
8. Pergunto como foi seu dia na escola e ouço atentamente.			
9. Se meu filho(a) colar na prova, explico que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a si mesmo(a).			
10. Quando estou alegre, não me importo com as coisas erradas que meu filho(a) faça.			
11. Meu filho (a) sente dificuldades em contar seus problemas para mim, pois vivo ocupado(a).			
12. Quando castigo meu filho(a) e ele pede para sair do castigo, após um pouco de insistência, permito que saia do castigo.			
13. Quando meu filho(a) sai, telefono procurando por ele(a) muitas vezes.			
14. Meu filho(a) tem muito medo de apanhar de mim.			
15. Quando meu filho(a) está triste ou aborrecido(a), interesso-me em ajuda-lo a resolver o problema.			
16. Se meu filho(a) estragar alguma coisa de alguém, ensino a contar o que fez e pedir desculpas.			
17. Castigo-o(a) quando estou nervoso(a); assim que passa a raiva, peço desculpas.			
18. Meu filho(a) fica sozinho(a) em casa a maior parte do tempo.			
19. Durante uma briga, meu filho(a) xinga ou grita comigo e, então eu o(a) deixo em paz.			
20. Controlo com quem meu filho(a) sai.			
21. Meu filho(a) fica machucado(a) fisicamente quando bato nele.			
22. Mesmo quando estou ocupado(a) ou viajando, telefono para saber como meu filho(a) está.			
23. Aconselho meu filho(a) a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas.			
24. Quando estou nervoso(a), acabo descontando em meu filho(a).			
25. Percebo que meu filho sente que não dou atenção a ele(a).			
26. Quando mando meu filho(a) estudar, arrumar o quarto ou voltar para casa, e ele não obedece, eu deixo pra lá.			
27. Especialmente nas horas das refeições, fico dando as broncas.			
28. Meu filho(a) sente ódio de mim quando bato nele(a).			
29. Após uma festa, quero saber se meu filho(a) se divertiu.			

30. Converso com meu filho(a) sobre o que é certo ou errado no comportamento dos personagens dos filmes e dos programas de TV.			
31. Sou mal humorado(a) com meu filho(a).			
32. Não sei dizer do que meu filho(a) gosta.			
33. Aviso que não vou dar um presente para meu filho(a) caso não estude, mas, na hora "H", fico com pena e dou o presente.			
34. Se meu filho(a) vai a uma festa, somente quero saber se bebeu, fumou ou se estava com aquele grupo de maus elementos.			
35. Sou agressivo(a) com meu filho(a).			
36. Estabeleço regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explico as razões sem brigar.			
37. Converso sobre o futuro trabalho ou profissão do meu filho(a), mostrando os pontos positivos e negativos de sua escolha.			
38. Quando estou mal-humorado(a), não deixo meu filho(a) sair com os amigos.			
39. Ignoro os problemas de meu filho(a).			
40. Quando meu filho fica muito nervoso(a) em uma discussão ou briga, ele(a) percebe que isto me amedronta.			
41. Se meu filho(a) estiver aborrecido(a), fico insistindo para ele contar o que aconteceu, mesmo que ele não queira contar.			
42. Sou violento(a) com meu filho(a).			

INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS (IEP)

Práticas Educativas maternas

O objetivo deste instrumento é estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Não existem respostas certas ou erradas. Responda cada questão com sinceridade e tranquilidade. Suas informações serão sigilosas. Escolha, entre as alternativas a seguir, aquelas que mais refletem a forma como **sua mãe** o (a) educa.

Identificação

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Sexo m f

Responda a tabela a seguir fazendo um X no quadradinho que melhor indicar a frequência com que **sua Mãe** ou responsável age nas situações relacionadas; mesmo que a situação descrita nunca tenha ocorrido, responda considerando o seu possível comportamento de sua mãe naquelas circunstâncias.

Utilize a legenda de acordo com o seguinte critério:

NUNCA: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 0 a 2 vezes.

ÀS VEZES: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 3 a 7 vezes.

SEMPRE: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 8 a 10 vezes.

	Entre 10 episódios		
	8 a 10	3 a 7	0 a 2
	Sempre	Às vezes	Nunca
1. Quando saio, conto a ela espontaneamente onde vou.			
2. Ela me ensina a devolver objetos ou dinheiro que não me pertencem.			
3. Quando faço algo errado, a punição de minha mãe é mais severa dependendo do seu humor.			
4. O trabalho de minha mãe atrapalha sua atenção para comigo.			
5. Ela ameaça que vai me bater ou castigar e depois nada acontece.			
6. Ela critica qualquer coisa que eu faça, como quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados.			
7. Ela me bate com cinta ou outros objetos.			
8. Ela pergunta como foi meu dia na escola e me ouve atentamente.			
9. Se eu colar na prova, ela me explica que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a mim mesmo(a).			
10. Quando ela está alegre, não se importa com as coisas erradas que eu faça.			
11. Sento dificuldades em contar meus problemas para ela, pois vive ocupada.			
12. Quando ela me castiga, peço para sair do castigo, e, após um pouco de insistência, ela deixa.			
13. Quando saio, ela telefona me procurando muitas vezes.			
14. Tenho muito medo de apanhar dela.			
15. Quando estou triste ou aborrecido(a), ela se interessa em me ajudar a resolver o problema.			
16. Quando estrago alguma coisa de alguém, ela me ensina a contar o que fiz e pedir desculpas.			
17. Ela me castiga quando está nervosa; assim que passa a raiva, pede desculpas.			
18. Fico sozinho(a) em casa a maior parte do tempo.			
19. Durante uma briga, eu xingo ou grito com ela, e então, ela me deixa em paz.			
20. Ela controla com quem falo ou saio..			
21. Fico machucado(a) quando ela me bate.			
22. Mesmo quando está ocupada ou viajando, me telefona para saber como estou.			
23. Ela me aconselha a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas.			
24. Quando ela está nervosa, acaba descontando em mim.			
25. Sinto que ela não me dá atenção.			
26. Quando ela me manda estudar, arrumar o quarto ou voltar para casa, e não obedeço, ela “deixa pra lá”.			
27. Especialmente nas horas das refeições, ela fica dando as broncas.			
28. Sinto ódio de minha mãe quando ela me bate.			
29. Após uma festa, ela quer saber se me diverti.			

30. Ela conversa comigo sobre o que é certo ou errado no comportamento dos personagens dos filmes e dos programas de TV.			
31. Ela é mal-humorada.			
32. Ela ignora o que eu gosto.			
33. Ela avisa que não vai me dar um presente caso eu não estude, mas, na hora "H", ela fica com pena e dá o presente.			
34. Se vou a uma festa, ela somente quer saber se bebi, fumei ou se estava com aquele grupo de maus elementos.			
35. Ela é agressiva comigo.			
36. Ela estabelece regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explica suas razões sem brigar.			
37. Ela conversa sobre meu futuro trabalho, mostrando os pontos positivos e negativos da minha escolha.			
38. O mau humor dela impede que eu saia com os amigos.			
39. Ela ignora meus problemas.			
40. Quando fico muito nervoso(a) em uma discussão ou briga, percebo que isto amedronta minha mãe.			
41. Quando estou aborrecido(a), ela fica insistindo para eu contar o que aconteceu, mesmo que eu não queira contar.			
42. Ela é violenta.			

ANEXO 5

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Pa⁴⁻¹⁶

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

Nome da Criança

Masculino/Feminino

Data de Nascimento

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

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

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

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim - pequenas dificuldades	Sim - dificuldades bem definidas	Sim - dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu "sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
Dia-a-dia em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amizades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendizado escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de lazer (passeios, esportes etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

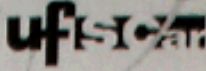
Nome completo (em letra de forma) Data

Mãe / pai / outro (especifique)

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 1999

ANEXO 6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
Fax: (016) 3361.3176
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propg@power.ufscar.br - www.propg.ufscar.br

CAAE 0065.0.135.000-06

Título do Projeto: O IMPACTO DA SAÚDE MENTAL MATERNA NO ESTILO PARENTAL E NO DESENVOLVIMENTO SÓCIO-EMOCIONAL DOS FILHOS

Classificação: Grupo III

Pesquisadores (as): Thelma Simões Matsukura,

Parecer Nº 216/2006

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.2), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

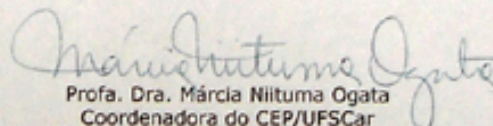
O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU: As pendências apontadas no Parecer nº 120/2006, de 05/06/2006, foram satisfatoriamente resolvidas.

O projeto atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 25 de agosto de 2006.


Prof. Dra. Márcia Nittuma Ogata
Coordenadora do CEP/UFSCar

ANEXO 7

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Prezada Senhora

Eu, Maria Fernanda Barboza Cid, aluna do Curso de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, venho por meio desta solicitar a autorização da direção da _____ para realizar um levantamento de prontuários dos usuários do Programa de Saúde Mental desta instituição, visando identificar usuárias que sejam mães de crianças de idade entre 6 e 12 anos. Localizadas essas usuárias, entrarei em contato com as mesmas a fim de que possam participar, juntamente com seus filhos do trabalho referente à Dissertação de Mestrado denominada: **“Saúde mental Materna: Estilo Parental, Suporte Social e Desenvolvimento Sócio-Emocional dos Filhos”**, orientada pela Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O presente estudo tem como objetivo, identificar associações entre os estilos parentais, o transtorno mental materno e o desenvolvimento sócio-emocional da criança e percepções dos filhos sobre o convívio com a mãe.

As atividades de coleta de dados estão previstas para serem realizadas na própria instituição ou na residência dos participantes, conforme opção dos mesmos e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo).

Esclareço que a participação na pesquisa e autorização é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, bem como me comprometo a manter sigilo e anonimato sobre a identificação da Instituição e dos participantes.

Comprometo-me também, ao término do estudo e caso haja interesse por parte desta instituição, deixar uma cópia de minha dissertação, bem como proferir palestra para interessados sobre o estudo, ou ainda, contribuir de uma outra forma de acordo com as necessidades da Instituição.

Segue em anexo, para melhor apreciação, uma cópia do projeto. Ressalta-se que o mesmo já foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CAAE: 0065.0.135.000-06).

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos pelos telefones: (16) 3364.5720; (16) 9136.6047. Acreditando contar com sua colaboração para o avanço da ciência, agradeço a compreensão e cooperação desta instituição.

Atenciosamente,

Maria Fernanda Barboza Cid
Aluna da Pós-Graduação em Ed. Esp.
Fone: (16) 3364.5720

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
Orientadora
Fone: (16) 3351.8750

Ciente: _____
Coordenadora da Instituição

Data: ___/___/___

ANEXO 8

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÃES E
CRIANÇAS PARTICIPANTES**

Nome da pesquisa: O impacto da saúde mental materna no estilo parental e no desenvolvimento sócio-emocional dos filhos.

Pesquisadoras responsáveis:

Thelma Simões Matsukura
Tel: (16) 3351-8750
e-mail: thelma@power.ufscar.br

Maria Fernanda Barboza Cid
Tel: (16) 3364 - 5720
e-mail: m_fernandato@yahoo.com.br

Informações ao participante: Trata-se de um estudo com filhos de mães portadoras de transtornos mentais. O objetivo é identificar e avaliar as práticas parentais de mães portadoras de transtorno mental e o desenvolvimento sócio-emocional e percepções de crianças sobre o convívio com a mãe. Os dados serão obtidos através da aplicação do *Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)*; *Entrevista diagnóstica padronizada breve (MINI)*; *Inventário de Estilo Parental (IEP)*, do *Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)*; *Questionário de Suporte Social (SSQ)* e de uma entrevista com a criança, a qual focalizará sua rotina de atividades e relações e suas percepções no que se refere ao convívio com a mãe. Esta entrevista será registrada em um gravador. Este estudo é bastante importante, pois busca compreender a realidade das famílias cuja mãe tenha um transtorno mental, identificando suas dificuldades e conseqüências no desenvolvimento de seus filhos. Através desta pesquisa, os profissionais que trabalham com essa população poderão refletir novas formas de tratamento e assistência tanto para os portadores de transtornos mentais quanto para seus filhos. Não se aplica a possibilidade de ressarcimento financeiro ou indenização aos participantes da pesquisa.

Eu _____, RG _____, abaixo assinada, responsável pelo menor _____, estou ciente de que eu e meu filho fazemos parte da pesquisa que está sendo realizada com famílias de pessoas com transtornos mentais. Nós contribuiremos respondendo ao *Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)*; à *Entrevista diagnóstica padronizada breve (MINI)*; ao *Inventário de Estilos Parentais*, o *Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)*; ao *Questionário de Suporte Social (SSQ)* e uma entrevista. Declaro estar ciente: a) do objetivo do projeto; b) da segurança de que não serei identificado(a) e de que será mantido o caráter confidencial das informações que prestarei; c) de que não serei remunerado(a) pelas informações que prestarei; e) ter liberdade de recusar a participar da pesquisa.

São Carlos, ____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável

ANEXO 9

Dados Gerais da mãe:

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Número de filhos, idade e sexo: _____

Tipo de moradia: _____

Pessoas que coabitam: _____

Trabalha? Há quanto tempo? _____

Em que trabalha? Trabalho atual: _____

Renda Familiar: _____ Fontes de renda: _____

Início dos transtornos: _____

Número de internações: _____

Tratamentos já realizados: _____

Tratamentos realizados atualmente: _____

Medicação atual: _____