

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE - MESTRADO

**Doença mental materna: ações de *parenting* e  
suporte social**

ANDREA RUZZI-PEREIRA

Ribeirão Preto, 2007

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE - MESTRADO

## **Doença mental materna: ações de *parenting* e suporte social**

ANDREA RUZZI-PEREIRA

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção do grau de Mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Ribeirão Preto, 2007

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Ruzzi-Pereira, Andrea

Doença mental materna: ações de *parenting* e suporte social, Ribeirão Preto (SP).  
109 p.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada junto à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP - Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Santos, Jair Lício Ferreira

1. Saúde Mental 2. Suporte Social 3. Parenting  
4. Práticas Parentais

Email: ruzzipereira@ig.com.br

ANDREA RUZZI-PEREIRA

**“DOENÇA MENTAL MATERNA: AÇÕES DE *PARENTING* E SUPORTE  
SOCIAL”**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de Ribeirão Preto/USP,  
Departamento de Medicina Social, para  
obtenção do grau de Mestre em Ciências  
Médicas.

Área de concentração: Saúde na  
Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira  
Santos

**Ribeirão Preto, 06 de julho de 2007.**

**Banca Examinadora**

.....

**Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos (orientador) – FMRP-USP**

.....

**Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi - FMRP-USP**

.....

**Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura - UFSCar**

Ao vô Martinho (na Memória),  
de quem herdei o jeito bem humorado de encarar a vida.

## **DEDICATÓRIA**

Esta dissertação é dedicada especialmente

A todas as mulheres e adolescentes que me honraram com a participação nesta pesquisa, mostrando-me novos caminhos a trilhar. E através destas pessoas, a todas as famílias que percorrem os caminhos da doença e da saúde mental e, mesmo com todos os motivos para desistirem de buscar melhores condições para suas vidas, lutam dia a dia para vencerem os obstáculos e dificuldades, para alcançarem melhor qualidade de vida pessoal e familiar.

À Ermelinda e José Carlos, meus pais, de quem herdei a determinação de seguir em frente. Pela maneira humilde e carinhosa pelas quais me deram condições de crescer pessoal e profissionalmente. Por esse crescimento, posso enfim dedicar também ao Paulo, meu amor, que sempre me incentiva, me compreende e me dá forças pra continuar.

## AGRADECIMENTOS

Neste momento em que me deparo com o final deste trabalho, e reflito sobre o caminho percorrido nos últimos dois anos, torna-se evidente o quanto (e quantos!) tenho a agradecer.

Ao Professor Dr. Jair, pelas orientações sempre cuidadosas e o aprendizado proporcionado durante esse período, que levarei para a vida toda.

À Professora Dra. Thelma Simões Matsukura, por tão valiosa colaboração. Meu agradecimento e respeito por todos os anos de minha formação.

Às equipes do CAIS-SR e do Ambulatório de Saúde Mental, em particular ao Dr. Edson de Assis Pantaleão, que colaborou para que o levantamento e utilização dos dados para pesquisa pudessem ocorrer.

Aos professores Dr. Antonio Waldo Zuarde e Dra. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À secretaria do departamento de Medicina Social, em especial à Mônica e à Carol, pela prontidão e disponibilidade com que sempre me auxiliaram.

Às amigas Katrim, Drica e Marli, pela contribuição na coleta de dados e pela sensibilidade e competência com que me ajudaram.

À turma de mestrado, companheira em horas boas e difíceis. Agradeço com carinho especial à amiga Adriana, que me acolheu em Ribeirão Preto, e esteve sempre presente ao longo desse processo.

À minha família, todos. Cada um à sua maneira, sempre me incentivando a batalhar pelos meus objetivos. Em especial à pequena Mariana e à grande vó Cida, que mesmo sem compreenderem o porquê de tanto esforço, me apoiaram muito.

Ao Paulo, mais uma vez e sempre. Pela paciência e tolerância nas minhas viagens para Ribeirão Preto e na minha longa permanência em frente ao computador.

Pela força, carinho e apoio sempre presentes.



## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	10
<b>ABSTRACT</b> .....	11
<b>I: APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>II: DOENÇA MENTAL - contexto histórico, social e familiar</b> .....	16
<b>II.1 Introdução</b> .....	16
<b>II.2 O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL - Da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica</b> .....	17
<b>II.3 DOENÇA MENTAL E FAMÍLIA - Da Psiquiatria Normalizante aos dias atuais</b> .....	18
<b>II.4 DOENÇA MENTAL MATERNA</b> .....	19
II.4.1 Introdução .....	19
II.4.2 Depressão e Ansiedade Materna .....	20
<b>II.5 Fatores de Risco, Resiliência e Vulnerabilidade em Crianças e Adolescentes</b> .....	23
<b>II.6 Considerações finais</b> .....	28
<b>III. PARENTING, SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL</b> .....	29
<b>III.1 Introdução</b> .....	29
<b>III.2 Parenting e estilos parentais</b> .....	29
<b>III.3 Suporte social e saúde mental</b> .....	34
<b>III.4 Considerações finais</b> .....	36
<b>IV: MÉTODO</b> .....	38
<b>IV.1 Desenho do estudo</b> .....	38
<b>IV.2 Instrumentos de coleta</b> .....	38

<b>IV.3 Procedimentos</b> .....	40
IV.3.1 Caracterização do município .....	40
IV.3.2 Caracterização dos participantes .....	41
IV.3.3 Critérios de seleção dos sujeitos do grupo experimental .....	46
IV.3.4 Critérios de seleção dos sujeitos do grupo de comparação .....	47
IV.3.5 Coleta de dados .....	47
IV.3.6 Análise dos dados .....	49
<b>V: ANÁLISE ESTATÍSTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	51
<b>V.1 INTRODUÇÃO</b> .....	51
<b>V.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	51
<b>V.3 CONCLUSÃO</b> .....	75
<b>VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	83
<b>APÊNDICES</b> .....	87
<b>ANEXOS</b> .....	95

### **Lista de abreviaturas**

- CAPS III: Centro de Atenção Psicossocial nível de complexidade III
- CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil
- ExigM (m): Exigência Materna sob o ponto de vista da mãe
- ExigM (f): Exigência Materna sob o ponto de vista do filho
- ExigP (f): Exigência Paterna sob o ponto de vista do filho
- RespM (m): Responsividade Materna sob o ponto de vista da mãe
- RespM (f): Responsividade Materna sob o ponto de vista do filho
- RespP (f): Responsividade Paterna sob o ponto de vista do filho
- SSQ: Questionário de Suporte Social
- SSQ-N: Número de Suporte Social percebido pelo respondente
- SSQ-S: Grau de Satisfação pelo Suporte Social percebido pelo respondente
- SUS - Sistema Único de Saúde

RUZZI-PEREIRA, A. (2007) **Doença mental materna: ações de *parenting* e suporte social**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 109 pg.

## RESUMO

A reforma psiquiátrica possibilitou o tratamento de doentes mentais em serviços de saúde da comunidade, ampliando as condições de mulheres doentes mentais constituírem família e criarem seus filhos. O presente trabalho teve por objetivos identificar associações entre práticas parentais de mães portadoras de transtornos mentais, suporte social e condições sócio-econômicas das mesmas e de verificar possíveis diferenças entre práticas parentais de mães com transtorno mental e mães saudáveis. A pesquisa foi realizada com 41 mulheres portadoras de transtorno mental e seus filhos adolescentes, comparando-se com 41 díades mãe-filho saudáveis, de uma pequena cidade do interior de São Paulo. Os dados foram coletados através do Questionário de Suporte Social, das Escalas de Exigência e Responsividade Parentais e do Critério de Classificação Econômica Brasil. Os resultados evidenciam maior insatisfação com o suporte social recebido por famílias cuja mãe é portadora de transtorno mental, e que nessas famílias, os pais são menos responsivos do que os pais do grupo comparado. O estudo também encontrou que as mães do grupo comparado são mais exigentes e responsivas do que as mães do grupo de estudo; que as mães de ambos os grupos são mais responsivas e mais exigentes com os filhos mais jovens e que a situação econômica familiar também influencia no cuidado materno. Conclui-se que a doença mental influencia nas ações de cuidado materno; que o baixo suporte social e condições financeiras precárias podem influenciar de forma negativa, mas que o suporte social adequado pode atuar como fator protetivo, influenciando positivamente no cuidado materno.

**Palavras-chave:** Saúde Mental - Suporte Social – Parenting – Práticas Parentais

RUZZI-PEREIRA, A. (2007) **Maternal mental illness: parenting practice and social support**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 109 pg.

### **ABSTRACT**

The psychiatric reform made it possible to care for mental patients in health services of the communities, thus extending the possibilities of women patients to constitute a family and raise their children. The aim of this research is to identify associations between the parenting practice of mental sick mothers, social support and socioeconomic conditions and verify the existence of possible differences between parenting practice of mental sick mothers and healthy mothers. The research was carried on with 41 mental sick women and her adolescent children, comparing them with 41 healthy mothers and her adolescent children from a small city in the State of São Paulo, Brazil. The data were collected by Social Support Questionnaire, Responsiveness and Exigency Parental Scales and by the Brazil Criterion of Economic Classification. The outcomes showed that there is a greater dissatisfaction with the social support received by families whose mother has a mental illness and that, in these families, the fathers are less responsive than in the compared group. The study found that mothers in the compared group are more demanding and responsive than in the study group. Both of group's mothers are more responsive and more demanding with the younger children and the economic situation also influence the maternal care. We concluded that mental illness influences the actions of maternal care, and that the low social support and uncertain financial condition may have a negative influence on this maternal care, but the adequate social support can act as a protective factor, thus positively influencing maternal care.

**Key-words:** Mental Healthy - Social Support – Parenting Practice

## **I. APRESENTAÇÃO**

O interesse em estudar mulheres com transtorno mental e a interação destas com seus filhos partiu da minha prática clínica como terapeuta ocupacional de um centro de atenção integral à saúde no interior de São Paulo, onde nos últimos quatro anos além de conhecimento e experiências, acumulamos também muitas dúvidas quanto ao convívio familiar e social das usuárias dos nossos serviços, visto realizarmos um trabalho importante de reinserção social com essas pessoas, mas termos contatos restritos com seus familiares, pois os mesmos dificilmente participam ativamente do tratamento dessas mulheres.

A literatura tem mostrado uma tendência das pessoas portadoras de transtorno mental isolarem-se socialmente, além de mostrar prejuízos no cuidado materno de mulheres portadoras de doença mental. Isso nos fez pensar sobre o reflexo da doença mental materna no cuidado de seus filhos, além de pensar quais práticas poderiam ser implantadas em nossos serviços para que pudéssemos prevenir alguns danos aos seus filhos, durante e após o tratamento das mães, ao longo da vida dessas crianças e adolescentes.

O fato é que, quando se está tão próximo das adversidades da vida e das pessoas, de suas famílias e suas comunidades, “faz-se necessário repensar a clínica, compreender o todo dos sujeitos, as singularidades de suas vidas e de suas famílias e sua realidade social e comunitária” (CHACRA, 2006, p.1). Então, a partir da nossa prática clínica, nos propusemos a realizar este estudo para melhor compreensão dessa realidade.

Também percebemos que, embora os transtornos de humor, principalmente a depressão, seja um problema de alta incidência nas mulheres do mundo todo, estudos que investigam a influência da doença mental materna nos cuidados que a mãe dispensa

aos filhos e o impacto desta doença no desenvolvimento de crianças e adolescentes filhos de mulheres deprimidas ainda são poucos no Brasil.

Neste estudo, consideramos a possibilidade de desenvolver um trabalho de pesquisa que pudesse auxiliar na compreensão dos cuidados que as mães portadoras de transtornos mentais dispensam aos seus filhos, bem como no impacto desses cuidados na formação destes filhos adolescentes. Um trabalho que pudesse fornecer dados sobre fatores de proteção ao risco destes adolescentes também adoecerem ou fatores que amenizassem o impacto da doença mental no cuidado dos filhos de mães doentes.

Um outro aspecto que nos foi possível perceber ao longo deste processo é o de que a contribuição deste estudo não ficaria restrita aos profissionais dos ambulatórios de saúde mental e dos CAPS, dadas às possibilidades de intervenção e prevenção da doença mental que todos os profissionais da saúde, incluindo atenção básica, realizam diariamente.

Desta forma, este estudo teve por objetivos identificar associações entre práticas parentais de mães portadoras de transtornos mentais, suporte social e condições sócio-econômicas e verificar possíveis diferenças entre práticas parentais em mães com transtorno mental e mães sem transtornos mentais.

Os problemas na saúde mental materna podem ser de diversas ordens e gravidade. Neste estudo optou-se por realizar uma revisão bibliográfica dos transtornos de humor, com especial atenção para a depressão, devido a sua significância epidemiológica e por ser a doença de maior incidência e prevalência na amostra pesquisada. Assim sendo, o capítulo II trata da doença mental materna, percorrendo brevemente o contexto histórico, social e familiar destes transtornos.

Falamos sobre as mudanças no tratamento da doença mental no Brasil, passando da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica, e sobre a influência dessas mudanças no

contexto familiar contrapondo-se a Psiquiatria Normalizante com os tratamentos atuais em ambulatórios de Saúde Mental, CAPS ou outros equipamentos substitutivos.

Para finalizar o capítulo II, discorreremos sobre os fatores de risco, a resiliência e a vulnerabilidade em crianças e adolescentes, filhos de mulheres deprimidas, comparando-se com filhos de mulheres não deprimidas.

No capítulo III, apresentamos discussões relativas aos estilos parentais e ao *parenting*, refletindo sobre a influência do *parenting* sobre o desenvolvimento e comportamento dos filhos. Dada a existência de pouca literatura nacional sobre *parenting* e sobre a educação que mães doentes mentais provêm aos seus filhos, os aspectos apresentados voltam-se em sua maioria para a literatura estrangeira.

Também utilizamos de vários estudos para embasarmos a importância do suporte social como fator de proteção para famílias com condições financeiras precárias cuja mãe é portadora de transtorno mental.

No capítulo IV, apresentamos o método da pesquisa. No primeiro tópico apresentamos o desenho do estudo, caracterizando a metodologia. Em seguida, apresentamos os instrumentos de coleta de dados, explicando a estrutura e forma de aplicação de cada um deles.

No terceiro tópico, que subdividimos em seis itens, realizamos uma extensa caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa, bem como do município onde ela foi realizada. Apresentamos os critérios de seleção e participação dos sujeitos da pesquisa, diferenciando o grupo de estudo e o grupo de comparação.

No quinto e sexto itens do terceiro tópico apresentamos a forma como foi realizada a coleta de dados, além do local e a adesão dos participantes na pesquisa, em ambos os grupos, e os métodos empregados para a análise dos dados obtidos nesta pesquisa.



Para finalizar este capítulo, apresentamos os aspectos éticos empregados na pesquisa, como a submissão do projeto à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa e a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todos os participantes de ambos os grupos.

No Capítulo V, apresentamos a análise estatística realizada a partir dos dados coletados com o Questionário de Suporte Social, o CCEB, e as Escalas de Responsividade e Exigência Parentais, onde são expostas todas as análises das variáveis consideradas nessa pesquisa e a discussão dos resultados obtidos nesse trabalho.

Finalizando o presente trabalho, apresentamos no Capítulo VI as considerações finais relativas a esta pesquisa e algumas possíveis extensões da mesma.

## **II. DOENÇA MENTAL - contexto histórico, social e familiar**

### **II.1 INTRODUÇÃO**

O presente capítulo apresenta um breve histórico da saúde mental no Brasil, iniciando com o Movimento da Reforma Sanitária até chegar na Reforma Psiquiátrica, abordando alguns aspectos considerados importantes para a compreensão sobre as mudanças históricas no tratamento psiquiátrico e, com isso, a possibilidade na vida das mulheres portadoras de transtorno mental de viverem inseridas na sociedade, podendo inclusive constituírem família.

Em seguida, abordaremos temas referentes aos contextos familiar e social destas mulheres e o quanto eles podem influenciar no cotidiano de quem convive com a pessoa portadora de transtorno mental.

Logo após, passaremos para uma sucinta revisão da bibliografia sobre doença mental materna, com enfoque especial para a depressão, doença que acomete muitas mulheres no mundo todo e que pode prejudicar em muito a qualidade de vida destas pessoas, em âmbito pessoal e profissional, bem como prejudicar a qualidade do cuidado que elas dispensam aos seus filhos.

Serão abordados também fatores de risco, resiliência e vulnerabilidade de crianças e adolescentes frente à doença mental materna para a compreensão de conseqüências diferentes em filhos de mulheres que possuem doenças semelhantes.

## **II.2 O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL - Da reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica**

Na década de 1970, teve início o movimento de reforma sanitária, com a proposta de construção de um sistema de saúde tendo como princípio central: a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Nas décadas de 80 e 90, ocorreram grandes transformações no cenário das políticas públicas em saúde mental, na tentativa de acabar com os manicômios e de promover mudanças nos serviços e nas práticas profissionais nesta área (FIGUEIREDO, 2006).

Era necessário rever a forma de tratamento oferecida aos doentes mentais, com base nas discussões que a sociedade vinha promovendo, através das conferências regionais e nacionais de saúde mental, além das reivindicações das associações de trabalhadores e familiares em prol dos doentes mentais, movimento que ficou conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial. Este movimento foi além das ações institucionais e de assistência, passando a difundir a crítica ao manicômio e as discussões sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, chamando a sociedade a reconstruir a sua relação com o louco e a loucura. (TENÓRIO,2002).

A desospitalização e o movimento de crítica e reforma na psiquiatria que se difundiram por muitos países configuraram uma nova realidade na qual um número cada vez maior de pessoas passou a ser assistidas em serviços extra-hospitalares (RIBEIRO, 2003).

A presença do usuário na comunidade demandou a criação de dispositivos terapêuticos mais complexos e abrangentes, de existência cotidiana dos pacientes psiquiátricos no espaço social para garantir não só a manutenção do paciente fora de

instituições fechadas como também a qualidade de vida e a conquista de seus direitos de cidadania.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm significado a partir de 1986, no Brasil, estruturas terapêuticas intermediárias entre hospitalização integral e a vida comunitária, que se responsabilizam por cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos graves, acompanhando-as em suas dificuldades, dentro do sistema público de saúde. (SANTOS et al., 1998; ANDRIOLLI et al., 2004). São serviços abertos e comunitários, regionalizados, de atenção diária que se destinam ao trabalho voltado para a reabilitação social, buscando a constituição de novas práticas, onde o indivíduo possa ser participante ativo do processo terapêutico, constituindo novas formas de representação da loucura. (BRASIL,2004).

Pessoas com um quadro psíquico estabilizado e que possuem condições de manter suas atividades rotineiras na comunidade, também têm como alternativa realizar seu tratamento em nível ambulatorial, nos chamados Ambulatórios de Saúde Mental.

Assim, nas últimas décadas, a desinstitucionalização e a reabilitação com base comunitária e programas de apoio proporcionaram a maior inserção do doente mental em contextos sociais, o que implicou em um aumento de mulheres doentes mentais poderem ser mães e criarem suas crianças.

### **II.3 DOENÇA MENTAL E FAMÍLIA - Da Psiquiatria Normalizante aos dias atuais.**

Com a instauração da forma de tratar baseada nos pressupostos do tratamento moral de Pinel, inaugurou-se também a exigência do paciente ser tratado longe de sua família. A psiquiatria normalizante insistia na necessidade de separar o paciente do

ambiente familiar, impondo barreiras, propondo o mínimo contato possível com integrantes de seu grupo parental. (MELMAN, 1998).

Com o movimento da reforma psiquiátrica, as famílias se viram estimuladas e pressionadas a voltar a assumir a responsabilidade pelo cuidado de seus membros doentes. Ainda hoje, o grupo familiar enfrenta a maior responsabilidade pelo cuidado das pessoas com transtornos mentais e torna-se então, parte importante da rede social de suporte dos pacientes (MELMAN, 1998).

Sob o enfoque da abordagem ecológica do desenvolvimento, observa-se que um problema em qualquer membro da família tem efeito em todos os outros membros e mudanças em qualquer membro do sistema afetam todos os outros. (BRONFRENBERGER, 1996;). Assim, o transtorno mental de qualquer membro da família acarretará em alguma mudança na vida de todos os membros dessa família (MATSUKURA, 2001).

Ainda focalizando o sistema familiar, observa-se que os cuidados dispensados às pessoas com problema de saúde recaem especialmente sobre um único membro da família, que se compromete a prestar assistência emocional, física, dentre outras (MATSUKURA, 2001). Em nossa sociedade, essa pessoa ainda é principalmente a mãe e quando ela necessita de atenção especial, seu filho pode ter seus cuidados prejudicados e o desenvolvimento afetado.

## **II.4 DOENÇA MENTAL MATERNA**

### **II.4.1 Introdução**

Embora existam várias outras formas de ocorrência de doença mental na mulher, esta breve revisão da bibliografia sobre o assunto se limitou aos transtornos de

humor, em especial a depressão, e aos transtornos neuróticos, onde coexistem a depressão e ansiedade, por serem de relevância epidemiológica e por dizerem respeito aos sujeitos deste estudo.

#### **II.4.2 Depressão e Ansiedade Materna**

Atualmente o transtorno depressivo é reconhecido como um problema de saúde pública, por sua prevalência e por seu impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos. Vários estudos em diferentes países confirmam que a alta prevalência de depressão na comunidade é um dado consistente na cultura ocidental, inclusive no Brasil.(LIMA, 1999; FLECK e col.,2002; ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2006)

Segundo os estudos de Lima (1999), Fleck e col. (2002) e Andrade, Viana & Silveira (2006) uma vez que depressão é comum e tende à remissão e recorrência, a incidência é relativamente alta, sendo que até a idade de 70 anos de vida, a probabilidade acumulativa de um primeiro episódio de depressão em mulheres é de 45%, taxa que reforça a depressão como um dos mais importantes problemas de saúde pública (LIMA, 1999; FLECK e col.,2002; ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2006).

A idade média de começo da depressão é em torno de 27 anos. A duração média seria em torno de 9 anos. Segundo Lima (1999), esses achados colocam depressão como uma doença de caráter crônico e de início na terceira década de vida. (LIMA, 1999).

Na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais, aos sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e de humor que homens, sendo que a incidência de depressão em mulheres pode chegar ao dobro do que em homens. A depressão é a doença que mais causa incapacidade em mulheres, tanto em países desenvolvidos como

naqueles em desenvolvimento. (ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2006; JUSTO & CALIL, 2006).

Andrade, Viana e Silveira (2006) referem que várias teorias têm sido elaboradas para explicar as diferenças de gênero na prevalência de depressão, como por exemplo, maior persistência de episódios depressivos em mulheres que em homens permeada pela influência de pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação com o relacionamento marital, associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, ou pela forma diferencial entre gêneros de lidar com problemas e busca de soluções. Outro argumento é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar sintomas, admitir que estão deprimidas e buscar ajuda que os homens.

Outros fatores que poderiam se somar às causas destas diferenças de gênero na prevalência de depressão são as mudanças sociais que vêm ocorrendo nas últimas décadas, em que a mulher é cada vez mais solicitada a contribuir financeiramente com o sustento da família, tendo que obter emprego que gere renda e, ao mesmo tempo, continuar responsável por funções domésticas que já eram suas, ocorrendo uma sobrecarga de trabalho e responsabilidade. (JUSTO & CALIL, 2006).

Vários estudos têm associado alguns fatores demográficos, em pesquisas populacionais, como fatores de risco para a depressão em mulheres em idade adulta. Esses fatores são relativos à idade, sexo e raça, sendo que o último pode estar mais relacionado com baixa renda e baixa escolaridade. (JUSTO & CALIL, 2006; ANDRADE, VIANA e SILVEIRA, 2006; LIMA, 1999).

Para melhor compreensão, Lima (1999) analisou cada um desses fatores, observando que: o sexo feminino parece não ser um fator de risco por si só, mas sim o ambiente e suporte social na maioria das culturas. Como já sinalizado, os homens

relatam menos sintomas depressivos que as mulheres, o que aumenta a probabilidade da depressão ser mais diagnosticada em mulheres.

Lima (1999) também identificou que o início dos sintomas depressivos e depressão ocorrem entre os 20 e 40 anos, embora também ocorra na infância, mas idade isoladamente não pode ser tida como fator de risco para depressão.

Quanto aos fatores sócio-econômicos, vários estudos populacionais sugerem que pessoas com baixa renda e baixa escolaridade apresentam maior prevalência de transtornos mentais. (LIMA, 1999; PETERSON & ALBERS, 2001).

Para fatores de risco e situação marital, Lima (1999) encontrou que a depressão é mais freqüente entre pessoas divorciadas ou separadas do que entre solteiros e casados. A viuvez recente aumenta a ocorrência de depressão, entendendo-se como um processo natural de luto. Vale ressaltar que esses riscos parecem variar segundo o gênero. Mulheres solteiras parecem ser menos suscetíveis à depressão do que as casadas. Com homens ocorre a situação oposta. (LIMA, 1999, p.6).

Alguns estudos apontam que morar sozinho pode ser um fator de risco para depressão. Quanto maior o número de pessoas que moram num mesmo domicílio, menor a chance de um membro da família desenvolver a doença. A existência de suporte social e ausência de conflitos graves parecem ser agentes protetores para a depressão, enquanto sintomas mais acentuados de depressão também apontam para menor suporte social. (LIMA, 1999; ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2006)

No estudo de Lima (1999) eventos vitais (morte, doença grave na família, separação etc.) também aparecem como fatores de risco para a depressão. Quanto maior a ocorrência deles, maior a chance de ocorrer depressão.

Nesse mesmo estudo, o autor encontrou que estresse crônico, condições que a longo prazo trazem dificuldades, tais como dificuldades financeiras e nas relações



interpessoais, e ameaças permanentes à segurança do indivíduo, como morar em uma vizinhança perigosa, também podem ser fatores de risco para depressão. Também foi observada maior incidência da depressão em áreas urbanas. (LIMA, 1999).

É importante observar que os fatores de risco para a depressão aqui citados formam uma rede causal, sendo que cada fator não afeta apenas diretamente o indivíduo como também interage com os demais membros de sua família e rede social.

## **II.5 Fatores de Risco, Resiliência e Vulnerabilidade em Crianças e Adolescentes**

Fator de risco é definido como um elemento, que quando presente, determina um aumento da probabilidade de surgimento de problemas. Pode também ser definido como um fator que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo à saúde. Risco implica em resultados negativos e indesejáveis no desenvolvimento dos indivíduos. (GARCIA, 2001; HALPERN & FIGUEIRAS, 2004).

Vários estudos têm apontado que doença mental materna influencia significativamente no desenvolvimento de filhos de mães doentes. Sendo a doença mental materna um fator de risco para os adolescentes, buscamos na literatura algumas situações e comportamentos da criança e adolescente que os protegem das influências negativas dessa doença e outros fatores que, ao contrário, os tornam mais vulneráveis.

De modo geral, a exposição ao risco na dimensão familiar pode-se iniciar desde a gestação. Inserem-se também neste contexto dificuldades financeiras da família e problema de saúde mental dos pais. A pobreza e condições de miserabilidade estabelecem-se como condição de risco importante, muitas vezes expondo as crianças e adolescentes a altos níveis de violência na vizinhança. Por outro lado, as fontes de apoio social, sejam da família extensa ou da vizinhança e da religião podem contribuir, como

mecanismos protetivos, para melhores resultados infantis (SANTOS, 2002; YUNES, 2003; GANONG, 2002).

A resiliência pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. É um conjunto de forças psíquicas e biológicas exigidas para que uma pessoa, ou grupo de pessoas, supere com sucesso adversidades ou situações estressantes. Trata-se de uma capacidade universal, que permite às pessoas como sujeitos, aos grupos e comunidade, prevenir, minimizar e ultrapassar marcas ou efeitos que eventualmente são produzidos pela adversidade.(CHACRA, 2006, GARCIA, 2001.)

Alguns autores apontam que existem forças que promovam resiliência nas pessoas. São elas: aceitação amorosa, suporte social, capacidade de identificar sentido e significado em tudo o que ocorre na vida, capacidade de planejar, capacidade de reflexão, repertório de estratégias, senso de humor, auto-estima, senso de responsabilidade e autonomia. Essas forças associadas consistem em mecanismos de proteção e recursos dos quais as pessoas dispõem na sua rede de apoio social e afetiva. (MANGHAN at al.1996, CHACRA, 2006; GARCIA, 2001).

Garcia (2001) refere que pessoas resilientes são aquelas que, não apenas evitam os efeitos negativos associados aos fatores de risco, mas que desenvolvem competência social, acadêmica e vocacional. Refere ainda que a resiliência é produto final de um processo que não elimina o risco, mas encoraja o indivíduo a enfrentá-lo efetivamente.

A família é um fator importante que se insere e interfere no desenvolvimento da resiliência. Como fatores de proteção, são identificados o bom relacionamento familiar, a competência materna, a construção do apego e, conseqüentemente, a internalização do mesmo. A transmissão de valores, assim como as atitudes positivas dos pais sobre a importância da educação para o futuro de seus filhos também têm papel fundamental no

desenvolvimento de crianças resilientes. Pesquisas mostram que essas atitudes colaboram para um melhor desempenho escolar, da mesma forma que ajudam a criança a ser mais competente socialmente no futuro. (GARCIA, 2001)

As crianças que vivenciam fatores de risco em seu ambiente e desenvolvem distúrbios evolutivos, problemas de conduta e/ou desequilíbrio emocional são chamadas vulneráveis. A vulnerabilidade aumenta a probabilidade de um resultado negativo na presença de risco, apresentando-se como uma condição inversa ao que ocorre na resiliência. (GARCIA, 2001)

Ainda sobre vulnerabilidade, Meyer (2006) a define e a divide em três componentes, o individual, o social e o institucional. Segundo este autor, os componentes da vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva e comportamental, ou seja, dependem da quantidade e da qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e da capacidade de elaborá-las, somando-se a capacidade e interesse para transformar essas informações em ações que os protejam dos riscos. Esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente, quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los. (MEYER, 2006)

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, o modo que os indivíduos as compreendem e o poder desses indivíduos de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana. (MEYER, 2006)

Já o componente institucional da vulnerabilidade conecta os componentes individual e social. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado,

os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso. (MEYER, 2006)

Segundo Meyer (2006), os três componentes constitutivos da vulnerabilidade, articulados entre si, consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas.

Quanto ao ambiente, Marturano (1999) aponta que lares organizados podem ser fator de proteção ao desenvolvimento infantil e acadêmico (MARTURANO, 1999). Nesse sentido, alguns estudos referem que estresse familiar, eventos negativos de vida, conflitos conjugais e condições clínicas debilitantes contribuem para disfunção na criança e no adolescente (HAMMEN et al., 1987; SANTOS, 2002).

Os transtornos na saúde mental na infância e adolescência não só têm impacto imediato nas crianças e suas famílias, mas podem ser precursores de problemas psiquiátricos e sociais ao longo da vida (HALPERN & FIGUEIRAS, 2004).

Os fatores de risco mais fortemente associados com doença mental da criança são o ambiente social e psicológico, influenciando mais do que as características intrínsecas do indivíduo. (HALPERN & FIGUEIRAS, 2004)

Os principais achados do estudo de Halpern & Figueiras (2004) relacionados com aspectos do ambiente na determinação da saúde mental da criança, mostram que o comportamento materno e a doença mental materna relacionam-se diretamente com a saúde mental de seus filhos. Nesse estudo, os aspectos do ambiente que mais interferiram na saúde mental infantil foram história de doença mental materna; níveis elevados de ansiedade materna; perspectivas parentais limitadas; interação limitada entre a criança e a mãe; chefe de família sem ocupação qualificada; baixa escolaridade

materna; famílias mono parentais; presença de eventos estressantes; famílias com quatro ou mais filhos.

Evidências mostram que filhos de mães deprimidas estão sob risco para várias dificuldades na vida, incluindo o de desenvolverem depressão. Essas crianças filhas de mulheres deprimidas também apresentam mais comportamento agressivo do que as filhas de mães não deprimidas. (HOPS et al., 1987)

O estudo de Petterson & Albers (2001) encontrou que depressão materna e pobreza põem em risco o desenvolvimento de meninos e meninas. Os resultados desse estudo também mostraram que depressão crônica materna tem complicações severas para ambos, meninos e meninas, mas que pobreza persistente tem um forte efeito para o desenvolvimento das meninas.(PETTERSON & ALBERS, 2001; BRENNAN et al., 2002)

O tempo de doença materna, bem como a severidade da mesma, afeta diferentemente no comportamento materno com a criança. No estudo norte americano conduzido por Petterson & Albers (2001), verificou-se que mães em que a depressão passou de 6 meses de duração tendiam a ser menos responsivas nas interações com seus bebês que aquelas cuja depressão durou menos tempo.

Para Hammen, Brennan & Shih (2004) existe uma variedade de fatores de risco para a depressão em adolescentes, incluindo estressores ambientais como discórdia familiar (divórcio, conflito marital), qualidade pobre de relacionamento com os pais, eventos de vida pessoal estressante e negativa relação social e com pares. Ainda mais, relatam que a presença de depressão materna é conhecida por ser um dos mais fortes fatores de risco para depressão e outras psicopatologias em seus filhos. A doença materna, além de ser fator de risco para doença no filho, ainda pode levar a sentimentos

de insegurança social nos filhos, o que leva esses adolescentes a terem menos amigos e menos recursos pessoais para interagirem socialmente.

## **II. 6 Considerações Finais**

Neste capítulo abordamos diferentes aspectos relacionados à saúde mental materna e a relação da mãe doente mental e seu filho, com aspectos da reforma psiquiátrica e as novas formas de tratar o doente mental na comunidade. Levantamos alguns aspectos relacionados ao doente mental e a família, tanto no sentido do cuidado da pessoa doente, quanto como esta doença pode atuar enquanto fator de risco para o desenvolvimento de filhos de mulheres portadoras de transtorno mental, podendo torná-los vulneráveis a outros transtornos ou resilientes frente às situações difíceis.

Vale ressaltar, que devido ao vasto material existente na literatura sobre doença mental materna, foi necessário nos limitarmos aos aspectos considerados mais importantes para este trabalho de pesquisa. Também é importante relatar que a grande extensão de material disponível refere-se fundamentalmente sobre a depressão materna, relacionados geralmente a mãe de crianças com idade até 5 anos. Nesse sentido, reconhecemos que não apresentamos a totalidade de discussões que vêm ocorrendo nesta área, pois não haveria tempo suficiente para tal procedimento neste trabalho.

### **III. *PARENTING*<sup>1</sup>, SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL**

#### **III.1 Introdução**

O presente capítulo apresentará características do cuidado materno como o *parenting*, e tipos de controle que podem ser exercidos pelos pais sobre os filhos, também chamados estilos parentais.

Será possível observar que o estilo parental adotado para ser desenvolvido com os filhos tem implicações na vida imediata e futura das crianças e adolescentes. Também será possível perceber que essas implicações podem ser positivas, ajudando a criança a desenvolver habilidades e competências nas várias áreas da vida, como também podem ser negativas, contribuindo para que os filhos desenvolvam problemas de comportamento ou outras doenças.

Em seguida, serão apresentados os efeitos do suporte social para famílias, principalmente para mães com doença mental e seu filhos. Embora seja comprovado que as pessoas com transtorno mental tendem a isolarem-se socialmente e esse isolamento contribui negativamente para a vida dessas pessoas e seus familiares, será abordado como o suporte social pode atenuar esse impacto da doença mental.

#### **III.2 *Parenting* e estilos parentais**

Na busca de determinantes mais claros de saúde mental infantil e para compreender mecanismos através dos quais eles atuam, variáveis familiares, incluindo características comportamentais dos pais, normais ou patológicas, e condições de vida da família, têm sido colocadas como os aspectos imediatos possivelmente mais

---

<sup>1 1</sup> Neste estudo será considerado como *parenting* “cordialidade, educação apropriada e consistente supervisão, estrutura e autonomia para o desenvolvimento” (OYSERMMAN e col. 2002).

relevantes em meio à amplitude de estimulação disponível do ambiente social de desenvolvimento da criança. Têm sido encontradas associações entre dimensões de personalidade dos pais, especialmente das mães, e estado de saúde mental dos filhos (BASTOS et al., 1999; HAMMEN et al., 1987; OYSERMAN et al., 2000; BOWLBY, 1995).

A maneira mais adequada de educar e se relacionar com os filhos vem sendo muito pesquisada nas últimas décadas. Estudos propõem um modelo de classificação dos pais quanto ao tipo de comportamento em relação ao controle que exercem sobre seus filhos e a educação que provêm, chamados de estilos parentais. O estudo dos estilos parentais investiga o conjunto de comportamentos dos pais que criam um clima emocional em que se expressam as interações pais-filhos, tendo como base a influência dos pais em aspectos comportamentais, emocionais e intelectuais dos filhos. (WEBER et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2002).

Os estilos parentais podem ser autoritativo<sup>2</sup>, autoritário e permissivo. Os pais autoritativos são aqueles que tentam direcionar as atividades de suas crianças de maneira racional e orientada; incentivam raciocínio e objeções educadas; exercem firme controle nos pontos de divergência, colocando sua perspectiva de adulto, sem restringir a criança; não baseiam suas decisões em consensos ou no desejo da criança. (WEBER et al., 2004)

Os pais autoritários modelam, controlam e avaliam o comportamento da criança de acordo com regras de conduta estabelecidas e absolutas; exigem obediência e usam medidas punitivas para lidar com aspectos da criança que entram em conflito com o que eles pensam ser certo. (WEBER et al., 2004).

---

<sup>2</sup> O termo autoritativo (do inglês authoritative) embora não seja comumente utilizado na língua portuguesa, vem sendo utilizado em várias pesquisas para descrever tal estilo parental. (Werner et al, 2004; Teixeira et al, 2006)



Já os pais permissivos, que podem adotar posturas indulgentes ou negligentes, tentam se comportar de maneira não-punitiva e receptiva diante dos desejos e ações da criança; apresentam-se para ela como um recurso para realização de seus desejos e não como um agente responsável por direcionar seu comportamento. (WEBER et al., 2004).

As características de cada estilo foram sistematizadas através de duas dimensões, a responsividade e a exigência parentais. Percebeu-se que pais autoritários são exigentes e não responsivos, ou seja, as exigências deles estão em desequilíbrio com a aceitação das exigências dos filhos, dos quais se espera que inibam seus pedidos e demandas; pais indulgentes são responsivos e não exigentes; pais autoritativos são exigentes e responsivos, ou seja, há uma reciprocidade, os filhos devem responder às exigências dos pais, mas estes também aceitam a responsabilidade de responderem, o quanto possível, e se razoáveis às exigências dos filhos; pais negligentes não são exigentes e nem responsivos, tendem a responder pedidos imediatos da criança apenas de forma a findá-los; os pais negligentes não se envolvem com seus papéis de pais e a longo prazo, os componentes do papel parental tendem a diminuir até restar uma mínima relação funcional entre pais e filhos (WEBER et al., 2004; COSTA, TEIXEIRA, & GOMES, 2000; OLIVEIRA et al., 2002).

Crianças educadas por diferentes estilos de comportamento dos pais diferem no grau de competência instrumental e social. Estudos apontam o estilo autoritativo como o mais efetivo dos estilos parentais na educação dos filhos. Por exemplo, os filhos de pais autoritativos têm sido associados sempre a aspectos positivos como melhor desempenho nos estudos, uso de estratégias adaptativas, maior grau de otimismo. Enfim, filhos de pais autoritativos são vistos como socialmente e instrumentalmente mais competentes do que os filhos de pais não autorizados (WEBER et al., 2004; COSTA, TEIXEIRA, & GOMES, 2000).

Os filhos de mães autoritárias em geral apresentam comportamento de externalização (agressão verbal ou física, destruição de objetos, mentira) e de internalização (retração social, depressão, ansiedade) (OLIVEIRA et al., 2002). Em outros estudos os filhos de pais autoritários foram descritos como tendo tendência para um desempenho escolar moderado, sem problemas de comportamento; porém possuem pouca habilidade social, baixa auto-estima e alto índice de depressão (WEBER et al., 2004)

Ainda exemplificando os resultados dos estilos parentais no comportamento dos filhos, os autores referem estudos que comparam filhos de pais permissivos, quando separados em indulgentes e negligentes, mostrando que resultados mais negativos aparecem relacionados com os filhos de pais negligentes, que possuem o menor rendimento escolar, sintomas depressivos e baixa auto-estima, podem ter um desenvolvimento atrasado, problemas afetivos e comportamentais e possuem maior índice de estresse (WEBER et al., 2004)

Os estilos parentais influenciam no desenvolvimento de crianças e adolescentes por si só, cada um a sua maneira. Associado a doença mental materna, eles ainda podem ter conseqüências negativas. Um estudo norte americano, conduzido por Petterson e Albers (2001) mostrou que mães deprimidas apresentam dificuldades no *parenting* e que estas dificuldades refletem os sintomas de sua doença. Comparado com mães não deprimidas, o comportamento materno de mulheres deprimidas é geralmente caracterizado como menos responsivo, mais hostil, crítico, menos exigente e menos ativo, e geralmente menos competente. (PETTERSON & ALBERS, 2001).

A literatura tem demonstrado que pobreza e falta de suporte social freqüentemente ocorrem juntas com doença mental.

Em um estudo desenvolvido por Oyserman et al., (2002), com 202 mulheres afro-americanas que apresentavam doenças mentais graves (depressão maior, esquizofrenia e transtorno bipolar afetivo com ou sem sintomas psicóticos) que viviam abaixo da linha da pobreza, os autores examinaram os efeitos diretos e indiretos da pobreza, baixo nível de escolarização materna, saúde mental atual e história psiquiátrica das mães, nas atitudes parentais, no envolvimento materno na educação da criança e estilo parental.

O estudo concluiu que pobreza, baixo nível de escolarização e doença mental materna afetam o *parenting* particularmente pelo aumento de estresse familiar e baixo sistema de suporte social. Mas, nesse mesmo estudo, os autores perceberam que o suporte social pode moderar os efeitos da pobreza e da doença mental, promovendo *parenting* positivo de mães com séria doença mental, agindo como fator de proteção sobre os riscos citados.

Isto aponta para algumas variáveis presentes nos transtornos mentais que podem estar associadas aos danos causados ao desenvolvimento da criança, entre elas estão a duração e o curso da doença. Características da qualidade do comportamento materno e de saúde mental materna que afetam positiva ou negativamente o *parenting* e o estilo parental (OLIVEIRA et al., 2002; COSTA, TEIXEIRA & GOMES, 2000; TEIXEIRA, BARDAGI & GOMES, 2004) .

Um *parenting* negativo nas fases iniciais do desenvolvimento aumenta os riscos de problemas no desenvolvimento. Além disso, os transtornos mentais são por natureza episódicos e os filhos de pais com transtornos mentais experimentam comumente mais de um episódio da doença mental dos pais, influenciando mais de uma fase do desenvolvimento (HAMMEN et al., 1987; OYSERMAN et al., 2000; BOWLBY, 1995).

Desde que *parenting* apropriado está importantemente ligado à fase de desenvolvimento da criança, bem como o contexto sócio-cultural particular no qual ocorre, o risco que a criança experimenta devido à doença mental materna é provavelmente contingente com a interação entre o início da doença ou tempo dos episódios, a fase de desenvolvimento da criança e o contexto sócio-cultural no qual o *parenting* acontece (OYSERMAN et al., 2000).

Além disso, sintomas depressivos podem levar a sérias conseqüências econômicas, emocionais e funcionais para as mães que sofrem de depressão e podem influenciar negativamente o *parenting* e atrapalhar o desenvolvimento e comportamento de crianças filhas dessas mulheres. (SILVER et al, 2006, p105).

O estudo de Petterson e Albers (2001) também analisou outro fator de risco, a baixa renda familiar, e obteve que mães com baixa renda que estavam com sintomas depressivos perceberam o próprio *parenting* como mais difícil, foram menos provedoras de cuidados para seus filhos e discutiam problemas pessoais com seus filhos mais frequentemente que mães que vivenciaram menos angústia psicológica. O estudo sugere que dificuldades econômicas exacerbam problemas no *parenting* e, em conseqüência, em comportamento ineficiente de atenção à educação que afeta negativamente o adolescente. (PETTERSON & ALBERS, 2001)

### **II.3 Suporte social e saúde mental**

Fatores socioambientais podem modificar o efeito de estressores sobre as pessoas (GARWICK et al., 1998). Considera-se suporte social uma série de fatores protetivos significantes e apropriados, que o ambiente é capaz de prover aos indivíduos, habilitando-os a lidar com estressores ambientais. (LIMA, 1999).

A literatura tem demonstrado que a doença mental interfere nas relações sociais, seja pelo fato da doença incapacitar ou limitar a pessoa em suas atividades cotidianas ou pelo fato de pessoas com transtornos mentais tenderem a isolarem-se socialmente. O fato é que estudos epidemiológicos mostram que baixo suporte social, fatores como falta de esposo (a), isolamento social, e falta de uma pessoa confidente associam-se a maior ocorrência de depressão (LIMA, 1999). Ou seja, o transtorno mental pode levar a pessoa ao isolamento e este, por sua vez, pode levar a pessoa à depressão.

Silver et al (2006), desenvolveram um estudo num pequeno distrito norte-americano, com uma amostra de 279 mulheres, mães de crianças entre 6 meses e 3 anos, com o objetivo de diagnosticar precocemente casos de depressão materna. Neste estudo, as mulheres responderam ao PSI (Índice de Sintomas Psiquiátricos) para avaliar níveis de sintomas de depressão, ansiedade, raiva e distúrbios cognitivos. Foi usada uma subscala de Senso de Competência Parental (Parenting Stress Index) para avaliar o nível do desconforto materno com o *parenting* provido por elas. Para avaliar a suficiência do suporte social recebido, as mulheres responderam questões que indicavam a frequência que elas geralmente recebiam suporte social ou que elas precisavam da ajuda de outras pessoas, numa escala de “nunca ou quase nunca” a “todo o tempo”. As mães também forneceram informações sobre atividade que não podiam desenvolver devido à própria saúde e sobre características sócio-demográficas (idade, estrutura familiar, educação).

É interessante observar que os autores observaram duas ocasiões específicas nas quais os níveis de sintomas depressivos aumentavam consideravelmente, sendo a primeira quando as mães se percebiam como menos competentes ou capazes para efetivamente gerenciar suas tarefas e situações a elas relacionadas como responsáveis por suas crianças e a segunda quando o seu sistema de suporte social era percebido por elas como menos adequado. Estas duas variáveis psicossociais, tanto quanto a presença

de limitação para desenvolver atividades devido a problemas de saúde, levaram a mais altos níveis de sintomas depressivos que os fatores de risco sócio-demográficos tradicionais.(SILVER et al., 2006).

O estudo de Silver et al. (2006) observou a percepção da adequação do suporte social recebido pelas mães apenas pela frequência em que elas necessitavam e recebiam ajuda ou não, mas os autores não avaliaram a percepção da satisfação do suporte social recebido. Os autores relataram que as mães deprimidas perceberam menos positivamente o suporte social que seus pares não deprimidos. (SILVER et al, 2006)

Por outro lado, estudos têm demonstrado que o suporte social facilita o envolvimento materno na educação dos filhos, melhora o funcionamento psíquico materno e diminui o estresse social e financeiro (HAMMEN et al., 1987; OYSERMAN et al., 2000). Mães menos estressadas conseguem obter suporte social mais efetivo e mães com mais suporte social envolvem-se mais na educação de seus filhos (HAMMEN et al., 1987; OYSERMAN et al., 2002).

Com relação ao suporte social Melman (1998) aponta para a necessidade de uma rede social de sustentação para as pessoas com transtornos mentais, devido a fortes tendências das mesmas ao isolamento social. Com relação aos familiares, é comum observar os mesmos se distanciarem do corpo social na convivência com o transtorno mental, deixando de comparecer a festas e eventos, restringindo visitas à casa de amigos e parentes.

#### **III.4 Considerações Finais**

Neste capítulo abordamos a classificação e características dos diferentes estilos parentais e foi possível observar que eles se configuram como ações cotidianas embasadas nas características pessoais de mães e pais.

Apresentamos considerações que julgamos importantes acerca do suporte social para pessoas portadoras de doença mental e seus familiares.

Através dos estudos e discussões apresentadas, foi observado que as tensões e necessidade de *parenting* e baixo suporte social podem ocorrer em todos os grupos socioeconômicos, mas que a doença mental pode prejudicar o *parenting* materno, além de dificultar as relações sociais dessa mãe, diminuindo a rede de suporte social dessa família. Por outro lado, quando a família consegue uma rede social de apoio, os efeitos negativos da doença sobre as práticas parentais, dentre outras situações adversas, podem ser minimizados.

## **IV. MÉTODO**

### **IV.1 DESENHO DO ESTUDO**

Este trabalho foi desenvolvido de forma transversal, de natureza descritiva com abordagem quantitativa, onde foram estudados dois grupos, um denominado grupo de estudo e o outro grupo de comparação. O grupo de estudo foi composto por usuárias dos serviços ambulatoriais de saúde mental que possuíam filhos adolescentes e um de seus filhos e o grupo de comparação foi composto por mulheres desta cidade, que nunca receberam diagnóstico de transtorno mental e/ou outras doenças graves ou incapacitantes e que possuíam filhos adolescentes, e um de seus filhos.

### **IV.2 INSTRUMENTOS DE COLETA**

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário de Suporte Social - SSQ, (ANEXO A) traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Matsukura, Marturano e Oishi (2002).

O SSQ é composto por 27 questões nas quais deve ser indicado, pelo respondente, primeiramente, o número de fontes de suporte social percebido (SSQ-N), podendo ser listados até nove pessoas, e posteriormente, a satisfação com esse suporte (SSQ-S), através de uma escala de 6 pontos que varia de muito satisfeito a muito insatisfeito.

O instrumento também fornece dados relativos à fonte de suporte social, para tanto é necessário que o respondente identifique o grau de relacionamento que possui com as pessoas citadas (SSQ-F).

2. Escalas de Exigência e Responsividade Parentais, traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Teixeira, Bardagi & Gomes (2004).



As Escalas de Exigência e Responsividade Parentais são compostas de dois instrumentos de 24 itens (sendo 12 itens para exigência e 12 itens para responsividade, respectivamente), nos quais os adolescentes avaliam atitudes e práticas de seus pais para consigo, relacionadas às referidas dimensões, através de um sistema Likert de 5 pontos indicando (separadamente para pai e mãe) a intensidade ou frequência das atitudes e comportamentos descritos nas frases.

Na forma impressa do instrumento utilizado, as frases são apresentadas em seqüência (primeiro as 12 de exigência e depois as 12 de responsividade), e os jovens foram orientados a responder cada item em relação à mãe e ao pai (biológicos ou não). As mães foram orientadas a responder cada item considerando seu comportamento ou atitude na referida situação, em relação ao filho respondente.(ANEXO B).

3. Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ANEXO C), que tem como função estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”.

O sistema de pontos é obtido com base em respostas relacionadas à posse de alguns itens em domicílio como televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer. Informações sobre o grau de Instrução do chefe de família também são consideradas.

Foi realizado um pré-teste, utilizando-se o SSQ e as Escalas de Exigência e Responsividade Parentais acima descritas para calibrar as questões dos instrumentos e averiguar a compreensibilidade dos itens dos mesmos, não sendo necessário realizar qualquer tipo de alteração nos mesmos.

### **IV.3 PROCEDIMENTOS**

Este trabalho foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde-Escola da FMRP-USP, para apreciação dos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, conforme disposto na portaria 196/96 do CONEP.

Foram enviados à Secretaria de Saúde do Município e ao CAPS III uma solicitação de campo de pesquisa (APÊNDICE A) para serem selecionados os sujeitos que se encaixavam nos critérios de seleção da pesquisa, ou seja, diagnóstico, idade do filho e tempo de diagnóstico/tratamento da mãe.

Para a seleção do grupo de comparação também se realizou a solicitação de campo de pesquisa para as escolas, a fim de se buscar as famílias que respondessem aos critérios de inclusão da pesquisa, através dos dados dos adolescentes (idade, sexo, anos de estudo e bairro onde residiam).

Cada participante deste estudo recebeu informações a respeito dos objetivos do mesmo, sendo livre sua participação. Os que se propuseram a participar assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), conforme disposto na referida portaria, a fim de autorizar a participação na pesquisa e posterior divulgação dos dados que foram obtidos com a mesma.

#### **IV.3.1 CARACTERIZAÇÃO MUNICÍPIO**

O estudo foi realizado em um município de pequeno porte do interior de São Paulo, com cerca de 28 mil habitantes (BRASIL, 2005). A cidade possui tratamento especializado em Saúde Mental, oferecidos em um CAPS III estadual que atende uma micro-região composta por três municípios, com total de aproximadamente 120 mil

habitantes e um ambulatório de Saúde Mental municipal. Foram selecionados apenas residentes do município sede do CAPS III para melhor homogeneização da amostra.

#### IV.3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa oitenta e duas díades mãe-filho.

Os participantes serão apresentados de acordo com os diferentes grupos desse estudo, isto é, grupo de estudo e grupo comparado.

##### **Grupo de Estudo:**

1. Quarenta e uma mulheres, com idade entre 29 e 54 anos, sendo que 34,15% tinham até 39 anos de idade, 51,22% tinham entre 40 e 49 anos de idade e 14,63% apresentavam 50 anos ou mais (tabela 1). Essas mulheres estavam em tratamento psiquiátrico em serviço público de saúde e apresentavam diagnóstico psiquiátrico há pelo menos quatro anos, identificados nas categorias “Transtornos do humor” (afetivos), enquadrados na classificação F30 a F39 da CID-10 (1993) e “Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes”, enquadrados na classificação F40 a F49 da CID-10. (ANEXO D). Todas elas possuíam filhos com faixa etária entre 12 a 18, anos.

Nessa última categoria, foram consideradas apenas mulheres com os diagnósticos F41.2 e F43.2, por se tratarem de transtornos que misturam sintomas de ansiedade e depressão ou que, apesar de se tratarem de um transtorno de ajustamento (F43.2) possuem características semelhantes aos outros diagnósticos considerados e, no caso das mulheres que participaram da pesquisa, a doença persistia há pelo menos 4 anos.

Foram selecionadas mulheres com tempo de diagnóstico psiquiátrico mínimo de quatro anos para que pudessem ser evitados vieses previamente conhecidos na pesquisa.

Desse modo, o primeiro fator do tempo da doença materna foi o tempo de convívio do adolescente com a mãe doente e para que o mesmo pudesse ter convivido com recorrências de sintomas da doença da mãe durante a sua vida. Esse tempo também foi considerado porque estudos apontam que depressão crônica e aguda tem impacto nas ações de *parenting* materna de maneira diferente, sendo considerados casos agudos aqueles com duração inferior a seis meses.

O estado civil casado predominou entre as mães que participaram da pesquisa, sendo 63,41% das mulheres do grupo de estudo. Neste grupo havia 12,2% de mulheres que declararam viver junto com um companheiro, 14,63% que declararam estar separadas ou divorciadas, 4,88% que eram solteiras e 4,88% viúvas (Tabela 2).

Esse número, 41 usuárias dos serviços, representou todas as mulheres que estavam em tratamento no período de julho de 2005 a julho de 2006, que respondiam aos critérios de inclusão para esta pesquisa.

2. Quarenta e um adolescentes, com idade entre 12 a 18 anos, sendo 36,59% com idade entre 12 a 14 anos e 63,41% entre 15 a 18 anos (tabela 3), 53,66% do sexo masculino e 46,34% do sexo feminino (tabela 4), filhos das usuárias dos serviços de saúde mental. O critério de escolha do filho participante foi a faixa etária do mesmo e a disposição para participar do estudo.

### **Grupo de Comparação:**

1. Quarenta e uma mulheres, com idade entre 26 e 54 anos, sendo que 26,83% tinham até 39 anos de idade, 56,10% tinham entre 40 e 49 anos de idade e 17,07% apresentavam 50 anos ou mais (tabela 1), que nunca receberam diagnóstico de transtorno mental e/ou outras doenças graves ou incapacitantes, e que possuíam filhos

adolescentes, na faixa etária de 12 a 18 anos, residentes no mesmo município das mulheres do grupo de estudo.

Das mulheres deste grupo 68,29% eram casadas, 19,51% declararam viver junto com um companheiro, 7,32% declararam estar separadas ou divorciadas, 4,88% eram viúvas. Neste grupo não havia mães solteiras (Tabela 2).

2. Quarenta e um adolescentes, com idade entre 12 a 18 anos, sendo 39,02% com idade entre 12 a 14 anos e 60,98% entre 15 a 18 anos (tabela 3), 48,78% do sexo masculino e 51,22% do sexo feminino (tabela 4), filhos das mulheres do grupo acima descrito (grupo de comparação), equiparados com os adolescentes do grupo de estudo quanto ao sexo, idade e bairro onde residem através dos dados do prontuário escolar dos adolescentes.

Em ambos os grupos, de estudo e comparado, havia 53,66% dos adolescentes com até 8 anos de estudo completos e 46,34% de adolescentes com 9 ou mais anos de estudo (tabela 6). Esse número é idêntico devido à forma de busca do grupo de comparação que se deu através da classe escolar do adolescente do grupo de estudo.

Os grupos foram classificados segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil, sendo a população de ambos classificadas em sua maioria como Classe C (tabela 6), sendo 51,22% no grupo de estudo e 53,66% no grupo comparado. Uma família (2,44%) foi classificada como A2 no grupo de estudo e duas (4,88%) no grupo comparado. Na classe B1 foram identificadas duas (4,88%) e cinco (12,20%) famílias nos grupos de estudo e comparado respectivamente. Na classe B2 foram identificadas 19,51% das famílias do primeiro grupo e 17,07% das famílias do segundo, sendo 21,95% das famílias do grupo de estudo e 12,20% do grupo comparado identificadas como Classe D. Não houve nenhuma família classificada como Classe A1 nem como Classe E.

**Tabela 1. Comparação dos grupos por idade Materna**

Idade da mãe	Grupo		Total
	Estudo	Comparado	
Até 39 anos	14 34.15	11 26.83	25 30.49
40 a 49 anos	21 51.22	23 56.10	44 53.66
A partir de 50 anos	6 14.63	7 17.07	13 15.85
Total	41 100.00	41 100.00	82 100.00

Teste Exato de Fisher:  $P = 0,827$  (não significativa)

**Tabela 2. Comparação dos grupos por estado civil da mãe**

Estado Civil Mãe	Grupo		Total
	Estudo	Comparado	
Casada	26 63.41	28 68.29	54 65.85
Solteira	2 4.88	0 0.00	2 2.44
Viúva	2 4.88	2 4.88	4 4.88
Separada	6 14.63	3 7.32	9 10.98
Vive Junto	5 12.20	8 19.51	13 15.85
Total	41 100.00	41 100.00	82 100.00

Teste Exato de Fisher:  $P = 0,517$  (não significativa)

**Tabela 3. Comparação dos grupos por idade dos adolescentes**

Idade	Grupo		Total
	Estudo	Comparação	
12 a 14	15 36.59	16 39.02	31 37.80
15 a 18	26 63.41	25 60.98	51 62.20
Total	41 100.00	41 100.00	82 100.00

Teste Exato de Fisher:  $P = 1.000$

**Tabela 4. Comparação dos grupos por sexo dos adolescentes.**

Sexo	Grupo		Total
	Estudo	Comparado	
Masculino	22	20	42
	53.66	48.78	51.22
Feminino	19	21	40
	46.34	51.22	48.78
Total	41	41	82
	100.00	100.00	100.00

Teste Exato de Fisher: P = 0,825 (não significante)

**Tabela 5. Comparação dos grupos por anos de estudo dos adolescentes**

Anos de estudo	Grupo		Total
	Estudo	Comparação	
Até 8	22	22	44
	53.66	53.66	53.66
9 e +	19	19	38
	46.34	46.34	46.34
Total	41	41	82
	100.00	100.00	100.00

Teste Exato de Fisher: P = 1.000

**Tabela 6. Comparação dos grupos por classificação econômica, segundo o Critério Brasil de Classificação Econômica.**

Classe Econômica	Grupo		Total
	Estudo	Comparado	
A2	1	2	3
	2.44	4.88	3.66
B1	2	5	7
	4.88	12.20	8.54
B2	8	7	15
	19.51	17.07	18.29
C	21	22	43
	51.22	53.66	52.44
D	9	5	14
	21.95	12.20	17.07
Total	41	41	82
	100.00	100.00	100.00

Teste Exato de Fisher: P = 0,606 (não significante)

#### IV.3.3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS DO GRUPO DE ESTUDO

Os sujeitos do grupo de estudo foram selecionados a partir do prontuário de atendimento dos serviços de saúde mental do município. Buscou-se a homogeneidade da amostra em relação à doença e tempo de convívio do adolescente com a doença mental da mãe.

Foram selecionadas noventa e uma mulheres que faziam tratamento no Ambulatório de Saúde Mental do município e seis que faziam tratamento no CAPS, portadoras de transtornos mentais, que apresentavam diagnósticos identificados na categoria “Transtornos do humor” (afetivos) enquadrados na classificação F30 a F39 da CID-10 e Transtorno de Ansiedade, CID-10 F41.2 e F43.2 há pelo menos quatro anos, em cujos prontuários indicassem que as mesmas possuíam filhos com faixa etária entre 12 a 18, anos. Também foram selecionadas aquelas cujo prontuário não especificava a ausência de filhos ou a idade dos mesmos.

Ao buscarmos contato com essas mulheres, constatamos que vinte e três pessoas do ambulatório e uma do CAPS possuíam filhos menores de 12 anos ou maiores de 18, sendo excluídas do grupo. Também foram excluídas seis pessoas porque não foram localizadas no endereço fornecido, não havendo outra forma de contato. Sete pessoas não possuíam filhos. Uma relatou ter tido apenas uma consulta com a psicóloga, não realizando tratamento especializado no ambulatório; uma relatou que a filha não reside com ela há alguns anos e outras sete não mais faziam tratamento especializado na rede pública há mais de um ano, sendo excluídas da amostra também. Cinco pessoas do ambulatório e duas do CAPS recusaram-se a participar. Três pessoas que faziam tratamento no CAPS não foram consideradas para a amostra por residirem fora do município sede do CAPS.



**Tabela 7. Número de sujeitos do grupo de estudo por classificação diagnóstica**

<b>Classificação Internacional de Doenças - CID (Apêndice D)</b>					
	F31	F32	F33	F41.2	F43.2
<b>No. de sujeitos</b>	5	14	13	4	5

#### IV.3.4 CRITÉRIO DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS DO GRUPO DE COMPARAÇÃO

Os sujeitos do grupo de comparação foram selecionados a partir dos dados dos adolescentes do grupo experimental. Ou seja, buscou-se a homogeneidade da amostra em relação à idade dos adolescentes, sexo, anos de estudo e bairro de residência.

Foram selecionados quarenta e um adolescentes. Destes, trinta e três estudavam em escolas públicas, três em escolas particulares e cinco haviam parado de estudar.

A escola forneceu idade, nome e série que o adolescente cursava ou havia parado de estudar, assim como o endereço, número de telefone (quando possuía) e nome da mãe. A escola particular não concordou em colaborar com a pesquisa, sendo os adolescentes de comparação localizados através de indicações de outros adolescentes dos bairros alvos. Ou seja, três adolescentes que estavam participando da pesquisa indicaram amigos que eles sabiam que estudavam nas referidas escolas e que residiam nos bairros de comparação.

Todas as famílias do grupo de comparação aceitaram participar da pesquisa.

#### IV.3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu inicialmente no CAPS III e no Ambulatório de Saúde Mental, para localizar as mulheres que respondessem aos critérios de inclusão para a pesquisa.

Após a localização dos sujeitos, foram selecionadas e treinadas duas entrevistadoras, ambas com curso universitário na área da saúde (uma psicóloga e uma fisioterapeuta). O treinamento incluiu formas de abordar as mulheres e adolescentes selecionados, leitura dos questionários e dos manuais de instruções, dramatização e o acompanhamento da entrevistadora durante a realização do estudo piloto.

Em seguida, foram agendadas as visitas nos domicílios dos entrevistados para que a mãe e o adolescente pudessem responder aos questionários. Várias mulheres do grupo de estudo (vinte e oito) possuíam apenas o endereço como forma de contato, tendo sido agendada a coleta dos dados pessoalmente, na residência das pessoas selecionadas. Seis delas não tinham consulta agendadas no período da coleta de dados e não foram encontradas em casa, tendo sido visitadas por no mínimo três vezes, não sendo possível nem confirmar os critérios de inclusão na pesquisa, nem realizar a coleta de dados.

Muitas famílias do grupo de comparação (vinte e quatro) também não possuíam telefone para contato, tendo sido agendado o encontro pessoalmente. A coleta de dados do grupo de comparação também ocorreu no domicílio das pessoas selecionadas.

Após a coleta de dados com os sujeitos do grupo de estudo, foram identificadas as escolas onde os adolescentes deste grupo estudavam e, através dos prontuários das escolas, foi realizada pesquisa para localizar as famílias que se encaixassem nos critérios para o grupo de comparação.

As mães dos dois grupos responderam o SSQ, as Escalas de Exigência e Responsividade Parentais e o CCEB. Os adolescentes dos dois grupos responderam as Escalas de Exigência e Responsividade Parentais. Os questionários eram de auto-avaliação e auto-explicativos. Quando o respondente não entendia o significado de alguma pergunta, o entrevistador relia a pergunta de forma lenta sem utilizar outras

palavras, evitando a modificação do sentido original. Cada participante respondeu aos questionários individualmente, solicitando ajuda da pesquisadora quando necessário. Os questionários foram aplicados numa entrevista única, com tempo aproximado de 30 minutos para a mãe e 5 minutos para o filho.

O trabalho de campo foi realizado em dois momentos, sendo a coleta dos dados do grupo experimental realizada de julho 2005 a julho de 2006 e a coleta dos dados do grupo controle em outubro de 2006.

#### IV.3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados são apresentados em tabelas, com freqüências absolutas e relativas, quando de interesse para a exposição e análise.

Os escores globais do SSQ e das Escalas de Responsividade e Exigência parentais foram calculados por média simples dos dados.

Para sintetizar os resultados, deu-se preferência à mediana como medida de tendência central, uma vez que as variáveis dependentes (escores de SSQ-N, SSQ-S, Responsividade e Exigência) são todas do tipo ordinal. Pelo mesmo motivo, os testes e medidas de correlação são do tipo Não Paramétrico.

Para se verificar a relevância das eventuais diferenças entre os grupos e / ou entre categorias das variáveis foram aplicadas algumas provas estatísticas, como segue:

##### **a) Teste exato de Fisher.**

Utilizado para verificar eventuais diferenças de freqüências dos grupos segundo as categorias das variáveis sócio-demográficas de interesse. Este procedimento é necessário pois pode indicar que eventuais diferenças significativas nas variáveis dependentes (SQN, SQS, Exigência e Responsividade) decorrem de reais diferenças entre os grupos e não por interferências das co-variáveis sócio-demográficas. O teste foi

empregado de maneira monocaudal e foram seguidas as especificações de Hollander & Wolfe. (1999, p 473)

**b) Prova U de Mann – Whitney**

Utilizada para avaliar a significância das diferenças entre os escores dos dois grupos nas variáveis dependentes. Igualmente a prova foi utilizada para comparar os escores em categorias das variáveis independentes, quando o número de categorias fosse no máximo duas. Foi empregada a aproximação normal para a realização dos testes. (HOLLANDER & WOLFE, 1999, p. 108)

**c) Prova de Kruskal - Wallis**

A prova foi utilizada para comparar os escores em categorias das variáveis independentes, quando o número de categorias fosse maior do que duas. As provas foram realizadas pela aproximação Chi-quadrado com correção para empates. (HOLLANDER & WOLFE, 1999, p. 190)

**d) Provas de Significância do Coeficiente de Correlação de Spearman**

Aplicadas para verificar se as correlações entre as variáveis dependentes eram ou não significantes. (HOLLANDER & WOLFE, 1999, p. 394). Para a adequação das conclusões conjuntas, foi aplicada a correção de Sidak.

Todos os testes foram considerados com resultado significativo quando o valor da estatística que o descreve (P-value) fosse menor do 0,05. Em outras palavras, admitiu-se como probabilidade do erro de primeira espécie (alfa) o valor de 5%.

## **V. ANÁLISE ESTATÍSTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **V.1 INTRODUÇÃO**

Este capítulo apresentará e discutirá os resultados obtidos com os dados coletados com as mães e adolescentes dos grupos de estudo e de comparação. Apresentaremos primeiro os dados relativos às respostas obtidas com o Questionário de Suporte Social e com as Escalas de Responsividade e Exigências Parentais e, em seguida, um resumo de suas medidas descritivas e dos resultados da análise de correlação realizada entre as mesmas.

Após a apresentação, discutiremos os resultados considerando os três aspectos acima citados: suporte social, responsividade e exigência parentais e, ao final, apresentaremos as conclusões obtidas com as discussões.

### **V.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS**

Os resultados obtidos quanto ao número de suporte social percebido (SSQ-N) mostrou que as medianas variam entre 1.4 e 2.6, em ambos os grupos, e mesmo se comparadas com quaisquer outras variáveis sócio-demográficas, como classe econômica, estado civil e idade materna, idade, sexo e anos de estudo dos adolescentes.

As tabelas 8 a 14 mostram que embora o número de fontes de suporte social seja pequeno, as mães apresentam-se muito satisfeitas com a qualidade do suporte social percebido (SSQ-S).

Os dados obtidos revelam maior satisfação em relação ao suporte social percebido por mães do grupo comparado do que por mães do grupo de estudo (Teste de Mann-Whitney,  $p=0,01$ ).

**Tabela 8. Mediana das variáveis número de suporte social percebido e satisfação quanto ao suporte social.**

Variável	Grupo		Teste de Mann-Whitney		
	Estudo	Comparado	z	P (z)	Significância
SSQ-N	1.8	2.2	-0,863	0,3883	Não
SSQ-S	6.0	6.0	-2,442	0,0146	Sim

Quando a variável suporte percebido pelas mães foi comparada com a variável sexo dos adolescentes filhos das mães respondentes, as mães do grupo comparado também mostraram-se mais satisfeitas que as mães do grupo de estudo e ainda foi possível observar que mães de meninos referem maior grau de satisfação do que as mães de meninas ( $p= 0,04$ ).

**Tabela 9. Medianas de SSQN e SSQS por sexo do adolescente e teste de igualdade dos escores**

Sexo	med (SSQ-N)	med (SSQ-S)
Masculino	2.2	6.0
Feminino	1.8	6.0
Teste de Mann-Whitney		
P(z)	0,94	0,04

As tabelas 10 a 14 ilustram os resultados dos testes realizados com o SSQ em relação a variáveis sócio-demográficas (sexo, idade e anos de estudo do adolescente, estado civil e idade materna e classe econômica). Observou-se que as medianas do SSQ tiveram pouca variação e não apresentaram significância estatística.

**Tabela 10. Medianas de SSQ-N e SSQ-S por idade do filho e teste de igualdade dos escores**

Idade do filho	med (SSQ-N)	med (SSQ-S)
12 a 14	1.8	6.0
15 a 18	2.0	6.0
Teste de Mann-Whitney		
P(z)	0.91	0.24

**Tabela 11. Medianas de SSQ-N e SSQ-S por anos de estudo do adolescente e teste de igualdade dos escores**

<b>Anos de estudo do adolescente</b>	<b>med (SSQ-N)</b>	<b>med (SSQ-S)</b>
Até 8	2.0	6.0
9 e +	1.9	6.0
Teste de Mann-Whitney P(z)	0,78	0,22

**Tabela 12. Medianas de SSQ-N e SSQ-S por estado civil da mãe e teste de igualdade dos escores**

<b>Estado civil da mãe</b>	<b>med (SSQ-N)</b>	<b>med (SSQ-S)</b>
Casada	2.2	6.0
Solteira	2.6	5.5
Viúva	1.8	6.0
Separada	1.6	6.0
Vive junto	1.4	6.0
Teste de Kruskal Wallis P(z)	0,13	0,79

**Tabela 13. Medianas de SSQ-N e SSQ-S por classe econômica e teste de igualdade dos escores**

<b>Classe Econômica</b>	<b>med (SSQ-N)</b>	<b>med (SSQ-S)</b>
A2	2.1	6.0
B1	1.8	5.0
B2	2.2	6.0
C	2.1	6.0
D	1.6	6.0
Teste de Kruskal Wallis P(z)	0,78	0,40

**Tabela 14. Medianas de SSQ-N e SSQ-S por idade da mãe e teste de igualdade dos escores**

<b>Idade da mãe</b>	<b>med (SSQ-N)</b>	<b>med (SSQ-S)</b>
Até 39	1.8	6.0
40 a 49	2.3	6.0
50 e +	1.5	6.0
Teste de Kruskal Wallis P(z)	0,11	0,48

No que se referem aos estilos de práticas parentais, as análises foram realizadas tanto para as respostas combinadas de filhos e mães, quanto para as respostas relativas aos pais e às mães isoladamente.

As tabelas 15, 17 a 40 e 43 a 50 ilustram as médias dos testes realizados com o as Escalas de Responsividade e Exigência Parentais. Esses dados serão utilizados para a descrição dos resultados obtidos, observando-se que aqueles com significância estatística serão descritos e apresentados nas tabelas 41, 42, 51 e 52.

Como observa-se na tabela 15 , em média geral, filhos e filhas consideram suas mães mais exigentes do que responsivas, mas quando considerado os grupos de adolescentes por sexo, em média, as meninas sentem suas mães mais responsivas e exigentes que os meninos, em ambos os grupos.

**Tabela 15. Média da responsividade materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo dos filhos.**

Grupo	Estilo parental e Sexo do adolescente					
	Responsividade materna e sexo do adolescente			Exigência materna e sexo do adolescente		
	masculino	Feminino	Total	masculino	Feminino	Total
Estudo	36.00	40.00	38.00	39.00	42.00	40.00
Comparado	36.50	39.00	37.00	41.00	43.00	41.00
Total	36.50	39.50	37.00	40.00	42.00	41.00

Quando considerada apenas a responsividade paterna, a carga atribuída pelos adolescentes foi significativamente maior no grupo comparado (teste de Mann-Whitney  $p=0,03$ ).

**Tabela 16. Medianas das variáveis responsividade materna sobre o ponto de vista da mãe e do filho e responsividade paterna sob o ponto de vista do filho.**

Variável	Grupo		Teste de Mann-Whitney		
	Estudo	Comparado	z	P (z)	Significância
RespM	37	37	-1,295	0,1952	Não
Resp.M (f)	38	37	-1,077	0,2814	Não
RespP (f)	29	35	-2,141	0,0323	Sim



Onde: RespM (m) = responsividade materna sob o ponto de vista da mãe  
 RespM (f) = responsividade materna sob o ponto de vista do filho  
 RespP (f) = responsividade paterna sob o ponto de vista do filho

Como mostra a tabela 17, quanto aos estilos de práticas parentais paternas, os adolescentes de ambos os grupos perceberam os pais como mais exigentes que responsivos, sendo que o grupo de comparação atribuiu maior carga em ambas as categorias. Quando a comparação foi feita subdividindo-se os grupos por sexo dos adolescentes, em ambos os grupos obteve-se a percepção pelas meninas de que seus pais foram um pouco mais responsivos e um pouco menos exigentes que os meninos, exceto no grupo de comparação, onde meninos e meninas atribuíram a mesma carga de exigência aos pais.

**Tabela 17. Média da responsividade e exigência paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo dos filhos.**

Grupo	Estilo parental e Sexo do adolescente					
	Responsividade paterna e sexo do adolescente			Exigência paterna e sexo do adolescente		
	masculino	Feminino	Total	masculino	Feminino	Total
Estudo	28.00	29.00	29.00	36.00	33.50	34.00
Comparado	36.00	34.50	35.00	37.00	37.00	37.00
Total	30.50	33.00	31.00	36.00	35.00	36.00

Outras variáveis sócio-demográficas foram testadas quanto à carga de responsividade e exigência atribuída aos pais pelos adolescentes (tabelas 18 a 37). Assim, quando comparadas às cargas atribuídas à responsividade materna com a idade e sexo dos adolescentes (tabela 18) e com o tempo de estudo e sexo dos adolescentes (tabela 19), os grupos se manifestaram de maneira muito semelhante, sendo a média da carga de responsividade materna percebida pelos meninos e meninas maior na faixa etária de 12 a 14 anos, com até 8 anos de estudo dos adolescentes do que na faixa etária

de 15 a 18 anos, e quando os adolescentes possuíam 9 anos de estudo ou mais. Em ambos os grupos, e com ambas as variáveis, meninas atribuíram maior carga de responsividade materna percebida que os meninos.

**Tabela 18. Média da responsividade materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo e idade dos filhos.**

idade do filho	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
12 a 14	38.00	40.50	38.00	38.00	40.50	38.50
15 a 18	34.00	37.00	36.50	34.00	37.00	35.00
Total	36.00	40.00	38.00	36.50	39.00	37.00

**Tabela 19. Média da responsividade materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo e anos de estudo dos filhos.**

anos de estudo	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 8	36.00	41.00	39.00	37.50	40.50	38.00
9 e +	34.50	36.00	36.00	35.50	37.00	36.00
Total	36.00	40.00	38.00	36.50	39.00	37.00

Quanto à exigência materna comparada com as variáveis idade e sexo do adolescente (tabela 20) e anos de estudo e sexo dos adolescentes (tabela 21), em ambos os grupos as meninas perceberam as mães mais exigentes que os meninos, exceto no grupo de comparação, onde meninos e meninas com 9 anos ou mais de estudo atribuíram a mesma carga de exigência às mães. Em média, o grupo de comparação atribuiu maiores cargas de exigência materna que o grupo de estudo quando comparadas as duas variáveis, mas adolescentes anos do grupo de estudo de 12 a 14 com até 8 anos de escolaridade atribuíram carga de exigência um pouco maior às suas mães, quando comparados com adolescentes do grupo de comparação com o mesmo tempo de estudo.

**Tabela 20. Média da exigência materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo e idade dos filhos.**

idade do filho	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
12 a 14	37.00	46.50	45.00	41.00	47.00	41.50
15 a 18	39.00	40.00	40.00	39.50	41.00	41.00
Total	39.00	42.00	40.00	41.00	43.00	41.00

**Tabela 21. Média da exigência materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo e anos de estudo dos filhos.**

anos de estudo	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 8	39.00	45.50	43.00	40.00	43.50	40.50
9 e +	39.00	40.00	40.00	43.00	43.00	43.00
Total	39.00	42.00	40.00	41.00	43.00	41.00

De modo geral, foram atribuídas maiores cargas de exigência às mães do que responsividade, mas quando comparadas às cargas atribuídas aos pais, as mães ainda foram mais responsivas. Isso ocorreu em todas as faixas etárias (tabela 22) e com a maioria dos adolescentes quando comparados por escolaridade. Adolescentes do grupo de comparação, em média, consideraram os pais um pouco mais responsivos que as mães, sendo que adolescentes com 9 anos ou mais de estudo atribuíram cargas idênticas de responsividade às mães e aos pais (tabela 23). Observou-se que meninas de 12 a 14 anos e meninas com escolaridade igual ou superior a 9 anos de estudo, atribuíram cargas de responsividade aos pais menores que os meninos com a mesma faixa etária e escolaridade. Isso não ocorreu com adolescentes na faixa etária de 15 a 18 anos, e no grupo com escolaridade até 8 anos, em ambos os grupos.

**Tabela 22. Média da responsividade paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo e idade dos filhos.**

<b>Grupo e Sexo do adolescente</b>						
<b>idade do filho</b>	<b>Grupo de estudo</b>			<b>Grupo Comparado</b>		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
12 a 14	28.00	27.50	28.00	36.00	35.50	36.00
15 a 18	29.00	31.00	29.50	33.00	34.00	33.00
Total	28.00	29.00	29.00	36.00	34.50	35.00

**Tabela 23. Média da responsividade paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo e anos de estudo dos filhos.**

<b>Grupo e Sexo do adolescente</b>						
<b>anos de estudo</b>	<b>Grupo de estudo</b>			<b>Grupo Comparado</b>		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 8	28.00	29.50	28.00	35.00	35.50	35.00
9 e +	36.00	29.00	30.00	38.00	34.00	36.00
Total	28.00	29.00	29.00	36.00	34.50	35.00

O grupo de estudo, quando comparado o estilo parental por idade, sexo e anos de estudo dos adolescentes, atribuiu cargas ainda menores em ambos os estilos parentais que o grupo de comparação.

Quanto à exigência paterna, as meninas do grupo de comparação, da faixa etária de 12 a 14 anos, perceberam seus pais como mais exigentes que as meninas do grupo de estudo e meninos de ambos os grupos. Quando comparadas as variáveis sexo e anos de estudo do adolescente com estilo parental, as meninas do grupo de comparação e com até 8 anos de estudo atribuíram maior carga de exigência aos pais que os meninos do mesmo grupo e que todos os adolescentes do grupo de estudo, sendo que meninos e meninas do grupo de estudo com esta escolaridade atribuíram carga idêntica de exigência aos seus pais. Os meninos mais velhos, com idade entre 15 e 18 anos e com anos de estudo igual ou maior que 9 anos, em ambos os grupos, perceberam seus pais mais exigentes que os meninos mais novos e que as meninas da mesma idade e com mesma escolaridade.

**Tabela 24. Média da exigência paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo e idade dos filhos.**

idade do filho	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
12 a 14	34.00	32.50	33.00	36.50	41.00	36.50
15 a 18	36.00	34.50	35.50	37.00	36.50	37.00
Total	36.00	33.50	34.00	37.00	37.00	37.00

**Tabela 25. Média da exigência paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo sexo e anos de estudo dos filhos.**

anos de estudo	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 8	35.00	35.00	35.00	36.00	38.50	36.00
9 e +	36.00	33.50	34.00	40.00	36.50	37.50
Total	36.00	33.50	34.00	37.00	37.00	37.00

Ainda sob o ponto de vista dos adolescentes, quando comparadas as variáveis sexo dos adolescentes e idade materna com os estilos parentais, em ambos os grupos, a média da carga de exigência materna e paterna atribuída pelos adolescentes foi maior que a carga de responsividade. Também nesta comparação, a responsividade materna atribuída foi maior que a exigência e responsividade paternas.

Nos dois grupos, a média da carga de responsividade materna atribuída pelas meninas foi maior que a média atribuída pelos meninos. O grupo de estudo atribuiu média geral de responsividade materna um pouco maior que o grupo de comparação. Observou-se que mães mais novas, com idade até 39 anos, foram percebidas como mais responsivas pelos meninos do grupo de estudo e pelas meninas do grupo de comparação. Já as mães com idade de 40 a 49 anos e com 50 anos ou mais foram

percebidas como mais responsivas pelas meninas dos grupos de estudo, como mostra a tabela abaixo (tabela 26).

**Tabela 26. Média da responsividade materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo idade materna e sexo dos filhos.**

idade da mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 39anos	39.50	35.00	38.00	37.50	46.00	45.00
40 a 49	35.00	40.00	38.00	37.50	37.00	37.00
50 e +	32.50	43.50	34.00	35.50	34.00	35.00
Total	36.00	40.00	38.00	36.50	39.00	37.00

Quanto à carga de exigência atribuída às mães comparando-se com as variáveis sexo do adolescente e idade materna (tabela 27), em ambos os grupos, em todas as faixas etárias maternas, as meninas atribuíram cargas maiores de exigência às mães que os meninos.

**Tabela 27. Média da exigência materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo idade materna e sexo dos filhos.**

idade da mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 39anos	40.50	41.00	40.50	40.00	41.00	41.00
40 a 49	37.50	40.00	40.00	40.50	46.00	41.00
50 e +	42.50	45.00	44.00	42.00	43.00	43.00
Total	39.00	42.00	40.00	41.00	43.00	41.00

Comparando-se as mesmas variáveis em relação ao estilo parental paterno, observou-se que meninas do grupo de estudo, filhas de mães com até 39 anos e filhas de mães com 50 anos ou mais atribuíram cargas maiores de responsividade e exigência aos pais que meninos nas mesmas condições. Os meninos desse grupo, cuja mãe tinha entre 40 e 49 anos, perceberam os pais como mais responsivos e exigentes que as meninas filhas de mães com esta faixa etária. No grupo de comparação, as adolescentes filhas de

mães com idade até 49 anos atribuíram maior carga de responsividade aos seus pais que os adolescentes filhos de mulheres na mesma faixa etária. Os filhos de mulheres com idade acima de 49 anos perceberam seus pais como mais responsivos que as meninas filhas de mães com esta mesma faixa etária (tabela 28).

**Tabela 28. Média da responsividade paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo idade materna e sexo dos filhos.**

idade da mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 39anos	33.00	34.00	34.00	30.00	34.00	34.00
40 a 49	28.00	27.50	28.00	34.00	36.00	35.00
50 e +	16.00	35.50	19.50	38.00	29.00	38.00
Total	28.00	29.00	29.00	36.00	34.50	35.00

Quanto à exigência paterna, o grupo de comparação demonstrou a mesma percepção entre meninos e meninas que o grupo de estudo (tabela 29).

**Tabela 29. Média da exigência paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo idade materna e sexo dos filhos.**

idade da mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 39anos	36.00	38.50	36.50	32.00	36.00	36.00
40 a 49	36.00	32.00	33.00	37.50	36.50	37.50
50 e +	24.50	36.00	34.00	37.00	40.00	38.50
Total	36.00	33.50	34.00	37.00	37.00	37.00

Os estilos de práticas parentais também foram comparados segundo sexo dos adolescentes e estado civil das mães (tabelas 30 a 33).

Em média geral, o grupo de comparação atribuiu maior carga de exigência materna que o grupo de estudo. Já o grupo de estudo atribuiu maior carga de responsividade materna que o de comparação. Quanto à responsividade e à exigência paternas, o grupo de estudo atribuiu cargas menores em ambos os estilos parentais que o

grupo de comparação. Em média geral, as meninas perceberam suas mães como mais responsáveis e mais exigentes que os meninos, em ambos os grupos.

Quando esses dados foram analisados por estado civil materno separadamente, observou-se que meninos, filhos de mães casadas, atribuíram maior carga de responsabilidade que as meninas nos dois grupos (tabela 30). A média de responsabilidade materna para filhos de mães solteiras no grupo de estudo foi a mesma para meninos e meninas. Os filhos de mulheres viúvas e de mulheres separadas atribuíram menor responsabilidade às suas mães do que as filhas de mulheres com o mesmo estado civil, nos dois grupos; os filhos de mulheres que viviam junto de um companheiro atribuíram maior carga de responsabilidade às suas mães do que as meninas, no grupo de estudo, mas no grupo comparado as filhas de mulheres nas mesmas condições atribuíram maior carga de responsabilidade às suas mães que os meninos.

**Tabela 30. Média da responsabilidade materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo estado civil materno e sexo dos filhos.**

Estado civil mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
casada	38.00	37.00	37.50	37.50	36.50	37.00
solteira	41.00	41.00	41.00			
viúva	16.00	46.00	31.00	20.00	42.00	31.00
separada	34.00	40.00	38.00	29.00	44.00	33.00
vive junto	35.00	14.00	32.00	37.00	45.00	44.00
Total	36.00	40.00	38.00	36.50	39.00	37.00

No que se referem à exigência materna, as meninas do grupo de comparação, não importa qual o estado civil materno, atribuíram maior carga de exigência às mães que os meninos deste mesmo grupo (tabela 31). O mesmo ocorreu no grupo de estudo para os estados civis de casada, solteira e viúva. Quando a mãe era separada ou vivia junto de um companheiro, os meninos relataram maior exigência do que as meninas deste grupo.



**Tabela 31 . Média da exigência materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo estado civil materno e sexo dos filhos.**

Estado civil mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
casada	39.00	42.00	40.00	41.50	42.00	41.50
solteira	40.00	47.00	43.50			
viúva	17.00	40.00	28.50	32.00	41.00	36.50
separada	45.00	44.00	44.50	39.50	48.00	41.00
vive junto	34.50	3.00	34.00	39.00	46.00	42.50
Total	39.00	42.00	40.00	41.00	43.00	41.00

Quanto aos estilos de práticas parentais paternas, as meninas do grupo de estudo e os meninos do grupo de comparação perceberam seus pais mais responsivos que seus pares. Em relação à exigência paterna, meninos do grupo de estudo perceberam seus pais mais exigentes que as meninas e no grupo de comparação todos os adolescentes atribuíram à mesma carga de exigência aos seus pais.

Considerando-se a variável estado civil materno, os filhos de mulheres casadas percebiam os pais mais responsivos que as meninas, em ambos os grupo (tabela 32). O mesmo ocorreu com os filhos de mulheres que viviam junto de um companheiro no grupo de estudo. Filhas de mulheres separadas e de mulheres solteiras perceberam suas mães como mais responsivas que meninos nessas mesmas condições.

Quando foi considerada a exigência paterna (tabela 33), os filhos de mulheres casadas do grupo de estudo também relataram maior carga de exigência paterna que as meninas nessas condições, mas o grupo de comparação relatou a mesma carga de exigência percebida por ambos os sexos dos filhos. Filhas de mulheres solteiras do grupo de estudo, filhas de mulheres separadas e de mulheres que vivem junto de um companheiro do grupo de comparação relataram maior carga de exigência paterna do que seus pares masculinos.

**Tabela 32. Média da responsividade paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo estado civil materno e sexo dos filhos.**

Estado civil mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
casada	30.00	29.00	30.00	36.00	33.50	35.50
solteira	0.00	5.00	2.50			
viúva						
separada	20.00	33.00	26.50	16.50	40.00	33.00
vive junto	28.00	3.00	28.00	24.00	43.00	31.50
Total	28.00	29.00	29.00	36.00	34.50	35.00

**Tabela 33. Média da exigência paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo estado civil materno e sexo dos filhos.**

Estado civil mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
casada	36.00	34.00	34.50	37.00	37.00	37.00
solteira	0.00	12.00	6.00			
viúva						
separada	44.00	37.00	39.00	19.00	48.00	38.00
vive junto	30.50	4.00	25.00	28.00	32.00	30.00
Total	36.00	33.50	34.00	37.00	37.00	37.00

Por último, foram analisadas as médias de responsividade e exigência materna e paterna, sob o ponto de vista dos filhos, segundo a classe econômica das famílias e o sexo dos filhos (tabelas de 34 a 37). Como nas comparações anteriores, os adolescentes perceberam suas mães e pais mais exigentes que responsivos e as médias das cargas de exigência e responsividade atribuídas às mães foram maiores que aquelas atribuídas aos pais.

Nas classes com maior poder aquisitivo (A2, B1 e B2) as meninas atribuíram maior carga de responsividade materna que os meninos e carga de exigência igual atribuídas pelos adolescentes no grupo de estudo (tabelas 34 e 35) e no grupo comparado foram os meninos que atribuíram maior carga de responsividade e exigência

às mães. Meninas da classe C consideraram as mães mais responsivas e mais exigentes em ambos os grupos, assim como as meninas da classe D do grupo comparado. No grupo de estudo foram os meninos que consideraram as mães mais responsivas e mais exigentes.

**Tabela 34. Média da responsividade materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo classe econômica das famílias e sexo dos filhos.**

Classe econômica	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
A2+B1+B2	34.50	37.00	37.00	38.00	35.00	36.00
C	36.00	41.00	38.00	36.00	43.00	38.00
D	37.50	37.00	37.00	33.50	39.00	39.00
Total	36.00	40.00	38.00	36.50	39.00	37.00

**Tabela 35. Média da exigência materna sob o ponto de vista dos filhos, segundo classe econômica das famílias e sexo dos filhos.**

Classe econômica	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
A2+B1+B2	40.00	40.00	40.00	40.00	35.00	39.50
C	38.00	44.00	40.00	41.00	46.00	42.00
D	46.50	40.00	42.00	44.50	46.00	46.00
Total	39.00	42.00	40.00	41.00	43.00	41.00

Ao avaliar os estilos de práticas parentais dos pais, considerando-se a classificação econômica das famílias, os meninos das classes com maior poder aquisitivo consideraram seus pais mais responsivos que as meninas dessas classes nos dois grupos (tabela 36). Os meninos do grupo de estudo dessas classes também consideraram seus pais mais exigentes que as meninas (tabela 37). As meninas da classe C, em ambos os grupos, e as meninas da classe D do grupo de comparação consideraram os pais mais responsivos que os meninos. Os meninos do grupo de estudo consideraram os pais mais exigentes que seus pares do sexo feminino. No grupo

comparado as meninas atribuíram maior carga de exigência aos pais em todas as classes econômicas.

**Tabela 36. Média da responsividade paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo classe econômica das famílias e sexo dos filhos.**

Classe econômica	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
A2+B1+B2	32.00	27.50	28.50	36.00	33.00	35.50
C	28.00	34.00	30.00	32.00	39.50	36.50
D	30.50	29.00	29.00	20.50	26.00	26.00
Total	28.00	29.00	29.00	36.00	34.50	35.00

**Tabela 37. Média da exigência paterna sob o ponto de vista dos filhos, segundo classe econômica das famílias e sexo dos filhos.**

Classe econômica	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
A2+B1+B2	35.00	32.50	33.50	37.00	38.00	37.00
C	34.00	40.00	35.00	37.00	40.00	39.00
D	44.50	34.00	35.00	23.50	32.00	32.00
Total	36.00	33.50	34.00	37.00	37.00	37.00

As variáveis descritas acima também foram avaliadas sob o ponto de vista materno, para verificar se mães e adolescentes concordam a respeito do estilo das práticas parentais maternas.

Os dados obtidos com as mães mostram que, de modo geral, elas se consideram mais exigentes do que responsivas, em concordância com a carga de exigência e responsividade atribuídas por seus filhos a elas. Comparando-se a tabela 15 com a tabela 38, observa-se que quando considerado apenas o sexo dos adolescentes em relação à carga de exigência e responsividade, as mães se percebem menos responsivas do que os filhos e filhas a consideram.

Mães do grupo de estudo, quando observado apenas o sexo do adolescente, consideraram-se mais responsivas com os meninos e mais exigentes com as meninas, percepção contrária a das mães do grupo de comparação. Ainda comparando-se os dados da tabela 38 com a tabela 15, esta percepção materna não é a mesma dos seus filhos, pois as meninas em ambos os grupos atribuíram maior carga de exigência e de responsividade às mães que os meninos.

**Tabela 38. Média da responsividade e exigência materna sob o ponto de vista das mães, segundo sexo dos filhos.**

Grupo	Estilo parental e Sexo do adolescente					
	Responsividade materna e sexo do adolescente			Exigência materna e sexo do adolescente		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Estudo	37.50	37.00	37.00	43.50	44.00	44.00
Comparado	36.00	38.00	37.00	47.00	44.00	46.00
Total	36.50	37.00	37.00	45.50	44.00	44.00

Outras variáveis foram levadas em consideração (tabelas 39 a 51) para avaliar as cargas de responsividade e exigências que as mães se atribuem, ocorrendo diferenças entre as percepções maternas e as percepções de seus filhos.

Quando a média de responsividade materna foi comparada em relação ao sexo, idade e anos de estudo dos adolescentes (tabelas 39 e 41) as cargas de responsividade atribuídas pelas mães foi maior que as atribuídas pelos meninos dos dois grupos em todas as faixas etárias e com até 8 anos de estudo, e pelas meninas mais novas do grupo de comparação (12 a 14 anos). Para os meninos de 15 a 18 anos e meninas com até 8 anos de estudo, as cargas atribuídas foram idênticas entre mães e filhos. Mas mães de meninas com idade entre 12 e 14 anos do grupo de estudo, de meninos com idade entre 15 e 18 anos e de meninas com até 8 anos de estudo do grupo comparado e de todos os adolescentes com 9 anos de estudo ou mais, percebem-se menos responsivas do que seus filhos as percebem.

**Tabela 39. Média da responsividade materna sob o ponto de vista das mães, segundo sexo e idade dos filhos.**

idade do filho	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
12 a 14	39.00	36.50	39.00	40.00	42.50	40.00
15 a 18	35.00	37.00	35.50	34.50	36.00	35.00
Total	37.50	37.00	37.00	36.00	38.00	37.00

É importante observar que a idade do adolescente mostra-se relevante quanto ao tipo de cuidado que as mães dispensam. A tabela 40 mostra que as mulheres apresentaram-se, em ambos os grupos, mais responsivas ( $p=0,00$ ) com filhos de idade entre 12 e 14 anos independente do sexo dos adolescentes.

**Tabela 40. Medianas de RespM, RespM (f) e RespP (f) por idade do filho e teste de igualdade dos escores**

Idade do filho	med (RespM)	med (RespM (f))	med (RespP (f))
12 a 14	39.0	38.0	30.0
15 a 18	35.0	36.0	31.0
Teste de Mann-Whitney P(z)	0,00	0,13	0,89

Onde: RespM = Responsividade materna sob a visão da mãe  
 RespM(f) = Responsividade materna sob a visão do filho  
 RespP (f) = Responsividade paterna sob a visão do filho

**Tabela 41. Média da responsividade materna sob o ponto de vista das mães, segundo sexo e anos de estudo dos filhos.**

anos de estudo	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 8	38.00	41.00	38.50	37.50	40.00	38.50
9 e +	32.50	34.00	33.00	34.00	36.00	35.00
Total	37.50	37.00	37.00	36.00	38.00	37.00

Ainda considerando-se os anos de estudo dos adolescentes, em ambos os grupos, as mães de adolescentes com até 8 anos de estudo mostraram-se mais responsivas e mais exigentes que mães com filhos com maior escolaridade ( $p=0,01$  e  $p=0,04$  respectivamente).

**Tabela 42. Medianas de RespM, RespM (f) e RespP (f) por anos de estudo do adolescente e teste de igualdade dos escores**

Anos de estudo do adolescente	med (RespM)	med (RespM (f))	med (RespP (f))
Até 8	38.5	38.0	30.0
9 e +	34.0	36.0	34.0
Teste de Mann-Whitney P(z)	0,01	0,37	0,21

Onde: RespM (m) = responsividade materna sob o ponto de vista da mãe  
 RespM (f) = responsividade materna sob o ponto de vista do filho  
 RespP (f) = responsividade paterna sob o ponto de vista do filho

**Tabela 43. Medianas de ExigM, ExigM (f) e ExigP (f) por anos de estudo do adolescente e teste de igualdade dos escores**

Anos de estudo do adolescente	med (ExigM)	med (ExigM (f))	med (ExigP (f))
Até 8	46.0	41.0	36.0
9 e +	44.0	40.5	35.0
Teste de Mann-Whitney P(z)	0,04	0,80	0,90

Onde: ExigM (m) = exigência materna sob o ponto de vista da mãe  
 ExigM (f) = exigência materna sob o ponto de vista do filho  
 ExigP (f) = responsividade paterna sob o ponto de vista do filho

Assim como os adolescentes, as mães também avaliam ser mais responsivas com meninas, quando foram considerados sexo, idade e anos de estudo dos adolescentes, com exceção das mães de meninas mais novas do grupo de estudo. As mães dessas meninas, das meninas com até 8 anos de escolaridade do grupo de estudo, das meninas com 9 anos ou mais de estudo do grupo comparado e das meninas mais velhas deste grupo também se atribuíram cargas menores de exigência do que seus filhos a elas (tabelas 44 e 45). Meninas com escolaridade até 8 anos do grupo de estudo percebem as mães mais exigentes que os meninos; já as mães atribuem-se carga de exigência igual tanto para os meninos quanto para as meninas. Para os adolescentes com 9 anos ou mais de estudo do grupo comparado, as mães são tão exigentes para os meninos quanto para as meninas, mas as mães de meninos se atribuem carga de exigência maior.

**Tabela 44. Média da exigência materna sob o ponto de vista das mães, segundo sexo e idade dos filhos.**

idade do filho	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
12 a 14	46.00	43.00	43.00	46.50	48.00	47.00
15 a 18	43.00	44.00	44.00	48.00	40.00	44.00
Total	43.50	44.00	44.00	47.00	44.00	46.00

**Tabela 45. Média da exigência materna sob o ponto de vista das mães, segundo sexo e anos de estudo dos filhos.**

anos de estudo	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 8	44.00	44.00	44.00	47.00	47.50	47.00
9 e +	42.50	44.00	43.00	47.50	41.00	44.00
Total	43.50	44.00	44.00	47.00	44.00	46.00

A média de algumas variáveis sócio-demográficas, como idade e estado civil materno e classe econômica também foram analisadas em relação às práticas de estilos parentais maternos na percepção da mãe.

**Tabela 46. Média da responsividade materna sob o ponto de vista das mães, segundo idade materna e sexo dos filhos.**

idade da mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 39anos	38.50	38.50	38.50	39.50	42.00	42.00
40 a 49	34.00	33.00	33.00	40.00	37.00	38.00
50 e +	38.00	41.00	38.00	28.00	44.00	31.00
Total	37.50	37.00	37.00	36.00	38.00	37.00

Considerando-se a variável idade materna, (tabela 46) observou-se que mulheres com até 39 anos, mães de meninos em ambos os grupos e mães de meninas do grupo de comparação consideram-se menos responsivas do que os seus filhos as consideram.



Assim também se consideram as mulheres com idade entre 40 e 49 anos do grupo de estudo, as mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, mães de meninas do grupo de estudo e de meninos do grupo de comparação. As mães de meninas do grupo de comparação, com idade entre 40 e 49 anos atribuíram cargas de responsividade para si iguais as que suas filhas lhes atribuíram.

Quando se atribuíram carga de exigência (tabela 47), as mães perceberam-se mais exigentes do que seus filhos o fizeram, com exceção das mulheres mais velhas do grupo de estudo e das mulheres com idade entre 40 e 49 anos do grupo comparado, mães de meninas, que se perceberam menos exigentes do que suas filhas as consideraram. As mulheres até 39 anos do grupo comparado se consideram tão exigentes quanto à carga de exigência atribuídas a elas por suas filhas.

**Tabela 47. Média da exigência materna sob o ponto de vista das mães, segundo idade materna e sexo dos filhos.**

idade da mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Até 39anos	41.50	45.50	44.50	45.00	41.00	42.00
40 a 49	43.50	43.00	43.00	46.50	44.00	46.00
50 e +	47.00	40.00	44.50	48.00	45.00	48.00
Total	43.50	44.00	44.00	47.00	44.00	46.00

Quando consideradas a responsividade e a exigência maternas, segundo estado civil materno e o sexo dos adolescentes, novamente um grupo maior de mulheres perceberam-se mais ou igualmente responsivas e exigentes quanto às cargas atribuídas por seus filhos, como mostram as tabelas 48 e 49.

Observou-se que mulheres solteiras se perceberam menos responsivas com seus filhos e filhas e menos exigentes com suas filhas. Mulheres viúvas do grupo de estudo perceberam-se menos responsivas do que suas filhas as percebem e as mulheres viúvas do grupo de comparação se perceberam menos exigentes. As mulheres separadas do

grupo de estudo, mães de meninas, atribuíram para si menores cargas de responsabilidade e as mães de meninos nesta mesma condição, consideraram-se menos exigentes que os seus filhos as consideram. Já as mulheres do grupo de comparação, que vivem com um companheiro, consideraram-se menos responsivas com seus filhos e filhas adolescentes e menos exigentes com suas filhas do que os adolescentes o fizeram.

**Tabela 48. Média da responsividade materna sob o ponto de vista das mães, segundo estado civil materno e sexo dos filhos.**

Estado civil mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
casada	38.00	38.00	38.00	40.00	37.50	38.50
solteira	25.00	33.00	29.00			
viúva	20.00	33.00	26.50	31.00	42.00	36.50
separada	38.00	32.00	35.00	29.00	47.00	35.00
vive junto	37.00	28.00	35.00	36.00	34.00	35.00
Total	37.50	37.00	37.00	36.00	38.00	37.00

**Tabela 49. Média da exigência materna sob o ponto de vista das mães, segundo estado civil materno e sexo dos filhos.**

Estado civil mãe	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
casada	44.00	44.00	44.00	47.00	44.50	46.50
solteira	45.00	41.00	43.00			
viúva	41.00	42.00	41.50	48.00	40.00	44.00
separada	42.00	45.00	44.00	43.00	48.00	48.00
vive junto	37.00	47.00	42.00	44.00	39.00	40.50
Total	43.50	44.00	44.00	47.00	44.00	46.00

Ao avaliar os estilos de práticas parentais das mães considerando-se a classificação econômica das famílias, as mulheres do grupo de estudo consideraram-se, de modo geral, mais responsivas com os meninos e mais exigentes com as meninas. As mulheres do grupo de comparação perceberam-se de maneira inversa (tabelas 50 e 51).

Quando comparadas às cargas de responsividade e exigência atribuída pelas

mães a si próprias com aquelas atribuídas pelos seus filhos, observou-se que as mães de meninas do grupo de estudo, em qualquer classe econômica, perceberam-se menos responsáveis do que suas filhas as percebem. O mesmo ocorreu com todas as mulheres da classe D e com mães de meninos da classe C do grupo comparado.

**Tabela 50. Média da responsividade materna sob o ponto de vista das mães, segundo classe econômica das famílias e sexo dos filhos.**

Classe econômica	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
A2+B1+B2	35.00	33.00	33.00	43.00	36.00	37.50
C	37.50	39.00	38.00	35.00	44.00	42.00
D	32.50	32.00	32.00	23.50	30.00	25.00
Total	37.50	37.00	37.00	36.00	38.00	37.00

Quanto à exigência materna, mulheres do grupo de estudo, das classes com maior poder aquisitivo (A2,B1,B2 e C) mães de meninos, se consideraram menos responsáveis do que seus filhos o fizeram. Isto também ocorreu com mulheres do grupo comparado, pertencentes às classes C e D, mães de meninas.

**Tabela 51. Média da exigência materna sob o ponto de vista das mães, segundo classe econômica das famílias e sexo dos filhos.**

Classe econômica	Grupo e Sexo do adolescente					
	Grupo de estudo			Grupo Comparado		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
A2+B1+B2	39.00	44.00	43.00	48.00	42.00	45.50
C	44.00	44.00	44.00	47.00	44.00	45.50
D	44.00	43.00	43.00	47.50	44.00	47.00
Total	43.50	44.00	44.00	47.00	44.00	46.00

As medianas da responsividade materna, sob o ponto de vista das mães indicam que as mulheres da classe C são mães com maior carga de responsividade ( $p=0,01$ ), enquanto às mães da classe D foram atribuídos os menores valores (tabela 52). Os dados da tabela 52 também mostram que, independente da classe econômica, os pais

apresentam-se menos responsivos que as mães Em todas as classes sociais os pais são menos responsivos que as mães (classe A2+B1+B2  $p=0,002$ ; classe C  $p=0,000$ ; classe D  $p=0,003$ )

**Tabela 52. Medianas de RespM, RespM (f) e RespP (f) por classe econômica e teste de igualdade dos escores, por Classe e por Sexo**

Classe Econômica	RespM	RespM (f)	RespP (f)	Teste de Wilcoxon
				(comparação de RespM com RespP) P(z)
A2	35.0	34.0	16.0	(*)
B1	36.0	35.0	35.0	(*)
B2	38.0	37.0	35.5	(*)
A2+B1+B2	37.0	36.0	35.0	0,002
C	39.0	38.0	32.0	0,000
D	30.5	38.0	27.5	0,003
Teste de Kruskal Wallis - (Comparação entre classes)				
P(z)	0,01	0,78	0,66	

Onde: RespM (m) = responsividade materna sob o ponto de vista da mãe  
 RespM (f) = responsividade materna sob o ponto de vista do filho  
 RespP (f) = responsividade paterna sob o ponto de vista do filho  
 (\*) = Teste não aplicado devido às frequências das classes.

Foram realizados testes estatísticos para verificar a significâncias entre as medianas dos dados obtidos com as Escalas de Responsividade e Exigência Parentais e variáveis sócio-demográficas além das descritas nesse capítulo. As tabelas com os testes de igualdade dos escores encontram-se no APÊNDICE C (tabelas 53 a 61) e não foram descritas por não terem sido encontradas nenhuma significância estatística.

Os testes estatísticos mostraram várias correlações significantes entre o suporte social, a responsividade e exigências maternas, como mostra a tabela 62. Os dados apresentados abaixo vêm confirmar àqueles obtidos quando consideradas as variáveis sócio-demográficas.

Observou-se que a satisfação quanto ao suporte social tem correlação com o número das fontes de suporte social percebidas ( $p=0.3694$ ). Também foi possível observar correlações entre a percepção do filho quanto à exigência materna e paterna

( $p=0.5586$ ), entre a responsividade e exigência materna ( $p=0.4341$ ), entre exigência paterna e responsividade materna ( $p=0.4274$ ), exigência e responsividade paterna ( $p=0.7225$ ), entre responsividade materna e paterna ( $p=0.6076$ ) e entre a responsividade materna na visão da mãe com a responsividade materna na visão do filho ( $p=0.4274$ ) e entre responsividade materna e paterna na percepção do filho ( $p=0.3828$ )

**Tabela 62. Correlações entre Suporte Social, Responsividade e Exigência Parentais**

	SSQ-N	SSQ-S	Exig mT	Exig fmT	Exig fpT	Resp mT	Resp fmT	Resp fpT
SSQ-N	1.0000							
SSQ-S	0.3694*	1.0000						
ExigmT	0.0896	0.2560	1.0000					
ExigfmT	0.1162	0.1769	0.2166	1.0000				
ExigfpT	0.2355	0.1785	0.0507	0.5586*	1.0000			
RespmT	0.0576	0.1206	0.2609	0.1714	0.3320	1.0000		
RespfmT	-0.0007	0.0214	-0.0060	0.4341*	0.4274*	0.5062*	1.0000	
RespfpT	0.1691	0.0932	-0.0012	0.2526	0.7225*	0.3828*	0.6076*	1.0000

(\*) Correlação significativa ao nível de 5%

Onde: SSQ-N - número de fontes de suporte social percebidas pelo respondente  
 SSQ-S - grau de satisfação com o suporte social recebido  
 ExigmT - exigência materna total na percepção da mãe  
 ExigfmT - exigência materna total na percepção do adolescente  
 ExigfpT - exigência paterna total na percepção do adolescente  
 RespmT - responsividade materna total na percepção da mãe  
 RespfmT - responsividade materna total na percepção do adolescente  
 RespfpT - responsividade paterna total na percepção do adolescente

### V.3 CONCLUSÃO

Apresentamos nesse capítulo a análise e discussão dos resultados obtidos, envolvendo suporte social, responsividade e exigência parentais, apresentados pelas mães mulheres saudáveis e seus filhos adolescentes e mulheres portadoras de transtorno mentais e seus filhos adolescentes, sujeitos desse estudo.

A maioria dos achados concorda com a literatura estudada acerca do tema, conforme os capítulos II e III deste trabalho, mas foram encontrados alguns comportamentos que, embora não apresentem significância estatística, apontam diferenças em relação a trabalhos anteriores, quanto ao suporte social e a responsividade materna e paterna.

Tais achados serão discutidos no próximo capítulo, onde faremos considerações sobre as possíveis causas desta diferença.

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como relatamos na apresentação deste trabalho, a nossa trajetória profissional nos levou a adquirir conhecimento e experiências acerca de famílias de pessoas portadoras de transtorno mental, mas também nos trouxe muitas dúvidas quanto ao convívio familiar e social dessas pessoas. Em nosso cotidiano realizamos um trabalho importante de reinserção social com essas pessoas, mas temos contatos restritos com seus familiares. Isso nos levou a buscar informações que pudessem auxiliar no manejo diário dessas pessoas, bem como pensar em formas de minimizar o impacto da doença mental materna nas ações de cuidados das mães aos seus filhos.

Apresentaremos, a seguir, uma síntese do que acreditamos ter conseguido, e hipóteses e reflexões sobre possíveis extensões deste trabalho.

É importante relatar, porém, que não utilizamos nenhuma forma sistematizada de confirmação diagnóstica, nem com as mulheres usuárias dos serviços de saúde mental, nem com as do grupo de comparação, o que se apresenta como uma limitação deste estudo, pois não foi confirmada a inexistência da doença nas mães do segundo grupo.

Os resultados obtidos através do SSQ evidenciaram que famílias cuja mãe é portadora de transtorno mental estavam menos satisfeitas com o grau de suporte social que recebem. Resultados semelhantes foram obtidos por Oyserman et al., (2002) e Silver et al. (2006), cujos estudos mostraram que mães deprimidas percebem seu suporte social menos positivamente que seus pares não deprimidos. No estudo de Silver et al. (2006), as mães deprimidas apresentavam altos índices de estresse no desenvolvimento do *parenting* e relataram pouco ou nenhum suporte social. A depressão materna não foi relacionada com a variedade de riscos sócio-demográficos,

mas significativamente relacionada com um pobre senso de competência para o *parenting* e inadequada percepção de suporte social.

Também foi possível observar com os dados obtidos uma influência do sexo do adolescente quanto à satisfação com suporte social percebido. Os dados mostraram que mães de meninas estavam ainda mais insatisfeitas com o suporte social recebido. Isto pode estar relacionado com problemas de comportamento que se manifestam de maneira diferente em meninos e meninas filhos de mulheres com transtorno mental. Contudo não foram encontrados dados na literatura pesquisada sobre a diferença na percepção do suporte social para mulheres com transtorno mental, mães de meninos e mães de meninas.

Isto poderia estar relacionado ao fato de meninos filhos de mulheres com transtorno mental apresentarem mais problemas de externalização de comportamento, ao contrário das meninas que apresentam como resposta à doença materna, comportamentos de internalização. (OLIVEIRA et al., 2002; SILVER et al., 2006).

Sendo assim, o comportamento dos meninos faria com que um maior número de pessoas, familiares, professores ou profissionais de saúde, estivessem envolvidos para ajudar na solução de tal problema, podendo a mãe perceber um maior número de fontes de suporte social, ainda que envolvidos, como motivo primeiro, com o problema do filho e não da mãe.

Outra hipótese seria o fator cultural. Em nossa sociedade as mães esperam que suas filhas sejam mais companheiras e mais próximas delas do que os filhos. Se por um lado mães deprimidas percebem-se menos satisfeitas com o suporte social que recebem, por outro, as mães de meninas, em geral, mantêm uma expectativa maior sobre o apoio e companheirismo que deveriam estabelecer com suas filhas do que as mães de meninos. Por sua vez, neste caso, as meninas mantêm um comportamento de



internalização que as tornam menos suportivas e permitem que elas auxiliem menos as suas mães em suas redes sociais.

É interessante relatar que o médico psiquiatra do ambulatório de saúde mental apareceu frequentemente como fonte de suporte social de mulheres com transtorno mental, sendo menor esta frequência apenas se comparada à família nuclear, como filhos e maridos. O médico psiquiatra foi mais citado por estas famílias do que vizinhos ou amigos. Já para as famílias saudáveis, a família aparece como maior provedora de suporte social, seguida de vizinhos e amigos.

No que se referem aos estilos de práticas parentais, como mencionado anteriormente, as análises foram realizadas tanto para as respostas combinadas de filhos e mães, quanto para as respostas dadas pelos adolescentes, relativas aos pais e às mães isoladamente.

Os dados obtidos com os adolescentes mostraram que filhos e filhas consideram suas mães mais exigentes do que responsivas, mas quando considerado os grupos de adolescentes por sexo, em média, as meninas sentem suas mães mais responsivas e exigentes que os meninos, em ambos os grupos. Dados semelhantes foram obtidos em pesquisas anteriores (COSTA, TEIXEIRA & GOMES, 2000; TEIXEIRA, BARDAGI & GOMES, 2004). Estes autores sugerem que as meninas reconhecem mais as influências parentais do que os meninos, o que acaba refletindo nos resultados dos estudos. Sugerem também que esses resultados podem ser um reflexo cultural, onde as meninas são mais protegidas pelos pais e tendem a ser cobradas por responsabilidades mais cedo que os meninos.

Os resultados deste estudo também evidenciam que os pais, na família em que a mulher é portadora de transtorno, são menos responsivos do que os pais em famílias

saudáveis. A carga de responsividade atribuída pelos adolescentes aos pais foi significativamente maior no grupo comparado ( $p=0,03$ ).

Estes dados contrariam os achados do estudo de Hops et al. (1987), realizados com famílias norte-americanas, onde os autores encontraram que em famílias em que as mães estavam deprimidas, os pais provinham mais altas taxas de cuidados aos filhos do que os pais de famílias em que as mães não estavam deprimidas. Como forma de compensação à dificuldade materna, os afetos positivos dos pais eram maiores e melhores em relação às crianças do que o das mães no primeiro grupo. (HOPS et al., 1987)

Por outro lado, os estudos de Hops et al. (1987) foram realizados com pais de crianças mais novas (até 5 anos). Vale lembrar que as relações entre pais e filhos tendem a se estabelecer de maneira diferente na adolescência, período de grande mudança física, psíquica e nas relações sociais. Assim sendo, os pais de crianças menores podem suprir a responsividade de seus filhos quando a esposa é portadora de transtorno mental, mas pais de adolescentes podem agir de maneira diferente com seus filhos, que tendem a apresentar comportamento de enfrentamento, o que faz com que ainda que adoecidas, as mães sejam mais responsivas.

Um outro fator que pode ser considerado é a diferença cultural dos países onde o estudo acima foi desenvolvido e o Brasil.

Observou-se que as mães do grupo de comparação são mais exigentes e responsivas do que as mães do grupo de estudo e que, de maneira geral, todas as mães são mais responsivas e exigentes com os filhos mais jovens e que possuem grau de escolaridade menor. Este resultado concorda com outros estudos realizados nesta área (TEIXEIRA, BARDAGI & GOMES, 2004; WEBER et al. 2004; HAMMEN et al. 2004; SILVER et al., 2006), que apontam para menor responsividade e exigência

maternas em famílias cuja mãe é portadora de transtorno mental e, independente da ocorrência do transtorno mental, as mães são mais responsivas e exigentes com filhos mais novos e, portanto, com menor grau de escolaridade.

Os resultados também mostraram que a situação econômica influencia nas práticas parentais maternas, sendo que as mães da classe econômica mais baixa apresentaram os menores escores para responsividade. Esses dados concordam com o estudo de Petterson & Albers (2001) e com o estudo de Oyserman et al.(2002), onde os autores mostraram, em ambos os trabalhos, a correlação entre doença mental materna e condições de pobreza e miserabilidade, sugerindo que freqüentemente elas ocorram juntas.

Em concordância com outros estudos realizados na área, este estudo conclui que a doença mental influencia nas ações de cuidado materno, que o baixo suporte social e condições financeiras precárias também podem influenciar de forma negativa, mas que a satisfação quanto ao suporte social recebido pode atuar como fator protetivo, influenciando positivamente no cuidado materno.

Acreditamos que tais conclusões alertam os profissionais de saúde da necessidade de intervenção junto a famílias que possuem um ou mais membros portadores de transtorno mental para que possam auxiliar na qualificação da rede de suporte social para apoio dessas famílias, atenuando o impacto da doença mental nas relações sociais dessas pessoas, possibilitando-as a ter uma melhor qualidade de vida.

A quase inexistência de dados presentes na literatura nacional relativos a mães doentes mentais, com filhos adolescentes, e o cuidado materno dessas mães e a importância do suporte social nessas circunstâncias, nos faz avaliar a contribuição que o presente trabalho significa para os profissionais de saúde mental, acadêmicos e clínicos, que desenvolvem ou podem vir a desenvolver intervenções com essa clientela,

ampliando a compreensão sobre o cuidado materno de mães doentes mentais e a possibilidade de proteção contra os danos da doença mental materna sobre o desenvolvimento de seus filhos.

É importante ressaltar que as discussões e estudos relativos à doença mental materna e a interação dessas mães com seus filhos são fundamentais na medida em que a intervenção adequada e a prevenção aos danos podem contribuir para a melhora da qualidade de vida dessas famílias, bem como evitar que os adolescentes também desenvolvam alguma doença mental e/ou transtorno de conduta.

Esperamos, portanto, com esse estudo, termos dado um primeiro passo no sentido de melhor compreender o cuidado materno de mulheres portadoras de transtorno mental e a proteção que o suporte social faz quanto às influências negativas da doença materna aos seus filhos adolescentes. Destacamos a necessidade do desenvolvimento de outros trabalhos que possam ampliar e dar continuidade às reflexões e considerações apresentadas aqui, especialmente no que diz respeito à influência da participação dos pais no cuidado desses adolescentes filhos de mulheres com transtorno mental e em quais áreas do desenvolvimento infantil a doença materna exerce maior impacto.

Outros estudos poderiam verificar a forma como pessoas portadoras de transtorno mental avaliam do grau de satisfação do suporte social recebido, bem como possíveis diferenças na percepção da satisfação quanto ao suporte em mães segundo o sexo de seus filhos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. n.33(2): 43-54.
- ANDRIOLI, S.B. RONCHETTI, S.S.B. MIRANDA, A.N.P. BEZERRA, C.R.M. MAGALHÃES, C.C.P.B. MARTIN, D.; PINTO, R.M.F.; (2004). Utilização dos centros de atenção psicossocial (CAPS) na cidade de Santos- S.P-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n. 3. Rio de Janeiro: maio/junho 2004.
- BASTOS, A.C.S.; URPIA, A.C.M.; PINHO, L.; ALMEIDA FILHO, N.M. (1999). O impacto do ambiente familiar nos primeiros anos de vida: um estudo com adolescentes de uma invasão de Salvador-BA. **Estudos de Psicologia**. v.4(2): 239-271.
- BOWLBY, J., (1995). **Cuidados maternos e saúde mental**. (Vera L.B. de Souza e Irene Rizzini Trad.). São Paulo: Martins Fontes. 225 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2004). **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília- DF. 86 p.
- BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2005). Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php)
- BRENNAN, P. A.; HAMMEN, C.; KATZ, A. R.; LE BROUQUE, R. M. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes. **In: Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v.70, n.5, 1075-1085.
- BRONFENBRENER, U. (1996) **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas. 267p.
- CHACRA, F.C.(2006). **Uma clínica ampliada para atender famílias**. Cópia não editada.
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.(1993). **Coordenação Organização Mundial da Saúde**; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas. p.108-109
- COSTA, F. T.; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. (2000) Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. **Psicologia: Reflexão e crítica**. Porto Alegre. v.13, n.3.
- Critério de Classificação Econômica Brasil in: < [http:// www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf) > acesso em: 24/11/2005.
- FIGUEIREDO, M.D. (2006). Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). **Dissertação de Mestrado**. Campinas: UNICamp DMPS

FLECK, M.P.A., SILVA LIMA, A.F.B.S., SCHESTASKY, S.L.G., HENRIQUES, A., BORGES, V.R., CAMEY, S. e col.(agosto, 2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública** v.36 n.4 São Paulo ago. 2002.

FULLER, G.B, RANKIN, R.E. (1994). Differences in levels of parental stress among mothers of learning disabled, emotionally impaired, and regular school children. **Perceptual and Motor Skills**, 78: 583-592.

GANONG, L.H. ;( may 2002). Introduction to the special section – Family resilience in multiple contexts. **Journal of marriage and family**. 64: 344-348.

GARCIA,I.; (abril 2001). Vulnerabilidade e resiliência. **Adolescência Latinoamericana**. v.2 n.3: 128-130.

GARWICK, A.W., PATTERSON, J.M., BENNETT, F.C., BLUM, R.W. (1998). Parent's perceptions of helpful vs. unhelpful types of support in managing the care of preadolescents with chronic conditions. **ARCH. Pediatr-adolesc-med.**; 152(7): 665-71.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A.C.M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. **In: Jornal de Pediatria**, v.80, n.2 (supl): p.S104-S110. Rio de Janeiro.

HAMMEN,C.; ADRIAN,C.; GORDON,D.; BURGE,D.; JAENICKE,C.; HIROTO, D.; (1987). Children of depressed mothers: Maternal strain and symptom predictors of dysfunction. **Journal of abnormal psychology**. v.96 (3): 190-198.

HAMMEN, C.; BRENNAN, P. A.; SHIH, J.H.; (august 2004). Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and non depressed women. **In: Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 43:8.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D.A. (1999). **Nonparametric statistical methods**. (Second Edition). John Wiley & Sons. New York.

HOPS,H.; BIGLAN,A.; SHERMAN,L.; ARTHUR, J.; FRIEDMAN, L.; & OSTEEN,V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. **In: Journal of Consulting and clinical Psychology**. v.55, n.3, 341-346.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. (2006). Depressão - o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista de Psiquiatria Clínica**. n.33(2): 74-79.

KERR, S.M & MCINTOSH, J.B. (2000). Coping when a child a disability: exploring the impact of parent-to-parent support. **Child: Care, Health and development**, v 26, n.4, 309-322, Glasgow: Blackwell.

LIMA, M.S.(1999). Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.21. S.1. São Paulo: maio1999. consulta em 26/11/2006.

MANGHAN, C. & cols. (1996). Resiliencie in families: challenges for health promotion. **Canadian Journal of Public Health**.n.87:373-4.

MARTURANO, E.M.; (Maio-agosto, 1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v 15 n. 2: 135-142

MATSUKURA T.S. (2001) Mães de crianças com necessidades especiais: stress e percepção de suporte social. **Tese de Doutorado**. Ribeirão Preto (SP): Univ. São Paulo.

MATSUKURA, T.S.; MARTURANO, E.M.; OISHI, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. V.10, no.5: 675-681

MEYER, D. E. E. et al. (2006). "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 27 Fev 2007.

MELMAN, J; (1998). **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora.

OLIVEIRA, E.A.; MARIN, A.H.; PIRES, F.B.; FRIZZO, G.B.; RAVANELLO, T.; ROSSATO, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. **Psicologia: Reflexão e crítica**. Porto Alegre. v.15 , n.1

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**, v.64, n.1: 65-77.

OYSERMAN, D.; MOWBRAY, C.T.; MEARES, P.A.; FIRMINER, K.B.B.A.; (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. **American Journal of Orthopsychiatry** v.70 (3): 296-315.

PETTERSON, M. S.; ALBERS, A. B.; (nov-dec, 2001). Effects of poverty and maternal deression on early child development. **Child Development**. v.72, n. 6. p 1794-1813.

RIBEIRO, M.B. S; (2003). Estudo de características familiares de usuários de uma associação civil para reabilitação psicossocial. **Dissertação de mestrado**. Botucatu: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

SANTOS, D.; VIEIRA,J.; BARBOSA,M.J.C.; ALVES,M.:(1998). CAPS Vila Esperança. Relato de uma experiência alternativa em Pacambi. **Informação Psiquiátrica**, v.17, n. 1: 17-21.

SANTOS, P.L.; (2002). Riscos e fatores de proteção associados ao baixo e alto rendimento acadêmico: um estudo comparativo. **Tese de doutorado**. FFCL-USP: Ribeirão Preto – S.P.

SIDAK, Z. (1967). Rectangular Confidence Regions for the Means of Multivariate Normal Distributions. **In: Journal of the American Statistical Association**, n. 62: 626-633.

SIEGEL, S. (1975). **Estatística não paramétrica**. São Paulo, Editora MC Graw Hill.

SILVER, E.J.; HENEGHAN, A.M.; BAUMAN, L.J.; STEIN, R.E.K.:(January 2006). The relationship of depressive symptoms to parenting competence and social support in inner-city mothers of young children. **Maternal and child health journal**. v.10, n. 1. p.105-111.

TEIXEIRA, M. A. P., BARDAGI, M. P., GOMES, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. **Revista Avaliação Psicológica**, 3(1), 1-12.

TEIXEIRA, M.A.P., OLIVEIRA, A.M., WOTTRICH, S. H.(2006) Escalas de Práticas Parentais (EPP): avaliando dimensões de práticas parentais em relação a adolescentes. **Psicologia e Reflexão Crítica** [online].vol. 19, no. 3 [consultado 2007-06-12], pp. 433-441. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>

TENÓRIO, F.(2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v9, n1.p25-59.

YUNES, M.A.M. ;(2003). Psicologia positiva e resiliência. O foco no indivíduo e na família. **Psicologia em estudo**. v.8 n. especial. Maringá-PR.

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 e Reflexão Crítica**. Porto Alegre, v. 17, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 28/02/2007.



**(APÊNDICE A)**

ILMO.SR.

**SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA**

Eu, Andrea Ruzzi Pereira, mestranda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, junto ao departamento de Medicina Social, na área de Saúde na Comunidade, estou desenvolvendo a pesquisa “DOENÇA MENTAL MATERNA: AÇÕES DE *PARENTING* E SUPORTE SOCIAL”, sob orientação do Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos. Este estudo tem por objetivos identificar associações positivas entre práticas parentais de mães portadoras de transtornos mentais e suporte social (e condições sócio-econômicas) e verificar possíveis diferenças entre práticas parentais em mães de adolescentes com transtorno mental e mães sem transtornos mentais.

Por meio desta, peço autorização para desenvolver a pesquisa junto ao (serviço), ressaltando que a realização da mesma não acarretará nenhum ônus para o (serviço) ou para as usuárias deste serviço.

Nestes termos, peço deferimento.

,/07/2005

---

Andrea Ruzzi Pereira  
Mestranda FMRP-USP

**[APÊNDICE B - (paciente)]**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**DOENÇA MENTAL MATERNA: AÇÕES DE PARENTING E SUPORTE SOCIAL**

Nós precisamos saber mais sobre a influência da doença mental nas ações de cuidados das mães com transtorno mental em relação aos seus filhos adolescentes. Vários fatores podem influenciar nessas ações de cuidados, para melhorá-los ou prejudicá-los.

Você pode colaborar com informações que serão importantes para nós profissionais da saúde, pois nos farão compreender melhor o que acontece no cotidiano do doente mental e sua família e saber o quanto essa doença afetou e continua afetando a sua vida e a vida dos seus filhos.

Sua participação neste estudo consiste em responder uma entrevista que será feita pela pesquisadora, sobre um questionário chamado SSQ, que são perguntas sobre suas atividades diárias, sobre pessoas que podem lhe ajudar no seu cotidiano ou com as quais você pode contar quando tem uma dificuldade ou uma preocupação ou pessoas com quem você divide fatos importantes de sua vida e sobre atitudes relacionadas à educação de seus filhos, como você o encoraja em suas atitudes ou lhe cobra sobre responsabilidades, e isso não levará mais do que 30 minutos do seu tempo.

Cada questionário receberá um número, portanto, seu nome não será usado, conhecido ou citado. Todas as informações têm caráter confidencial e somente a pesquisadora e o orientador terão acesso às mesmas.

Sua participação é voluntária. Se durante a realização da pesquisa você decidir não mais participar você poderá suspender o consentimento.

Também lhe será garantido o direito de se recusar a responder perguntas que possam lhe causar constrangimento.

O benefício de sua participação nesta pesquisa é contribuir para que nós pesquisadores possamos compreender o que acontece na vida do portador de transtorno mental e assim oferecer subsídios para diminuir o impacto da doença mental no cuidado dos filhos.

Existe a possibilidade dos dados obtidos nesta pesquisa serem divulgados em Congressos e revistas científicas, mas em momento algum seu nome ou algo que possa identificá-la será citado.

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos referentes à pesquisa ou ao seu andamento poderão ser solicitadas à pesquisadora e/ou ao orientador pelos meios abaixo relacionados.

Andrea Ruzzi Pereira: Telefone celular (19) 9629-7208  
e-mail [ruzzipereira@ig.com.br](mailto:ruzzipereira@ig.com.br)

Prof. Dr. Jair Lício F. Santos: (16)3602 3070 e 3602 2536  
e-mail [jlfs@fmrp.usp.br](mailto:jlfs@fmrp.usp.br)

, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura da paciente

Assinatura da Pesquisadora

Andrea Ruzzi Pereira  
Terapeuta Ocupacional

**[APÊNDICE B - (Adolescente alvo)]**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**DOENÇA MENTAL MATERNA: AÇÕES DE PARENTING E SUPORTE SOCIAL**

Nós precisamos saber mais sobre a influência da doença mental nas ações de cuidados das mães com transtorno mental em relação aos seus filhos adolescentes. Vários fatores podem influenciar nessas ações de cuidados, para melhorá-los ou prejudicá-los.

Você pode colaborar com informações que serão importantes para nós profissionais da saúde, pois nos farão compreender melhor o que acontece no cotidiano do doente mental e sua família e saber o quanto à doença mental de sua mãe afetou e continua afetando a sua vida.

Sua participação neste estudo consiste em responder uma entrevista que será feita pela pesquisadora, sobre uma escala chamada Escala de Exigência e Responsividade Parentais, que são perguntas sobre suas atividades diárias, sobre os cuidados que sua mãe tem com você e como você se sente em relação a esses cuidados, e isso não levará mais do que 20 minutos do seu tempo.

Cada questionário receberá um número, portanto, seu nome não será usado, conhecido ou citado. Todas as informações têm caráter confidencial e somente a pesquisadora e o orientador terão acesso às mesmas.

Sua participação é voluntária. Se durante a realização da pesquisa você decidir não mais participar você poderá suspender o consentimento.

Também lhe será garantido o direito de se recusar a responder perguntas que possam lhe causar constrangimento.

O benefício de sua participação nesta pesquisa é contribuir para que nós pesquisadores possamos compreender o que acontece na vida do filho do portador de transtorno mental e assim oferecer subsídios para diminuir o impacto da doença mental no cuidado dos filhos.

Existe a possibilidade dos dados obtidos nesta pesquisa serem divulgados em Congressos e revistas científicas, mas em momento algum seu nome ou algo que possa identificá-la será citado.

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos referentes à pesquisa ou ao seu andamento poderão ser solicitadas à pesquisadora e/ou ao orientador pelos meios abaixo relacionados.

Andrea Ruzzi Pereira: Telefone celular (19) 9629-7208 / e-mail [ruzzipereira@ig.com.br](mailto:ruzzipereira@ig.com.br)

Prof. Dr. Jair Lício F. Santos: (16)3602 3070 e 3602 2536 / e-mail [jlfs@fmrp.usp.br](mailto:jlfs@fmrp.usp.br)

, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura do Adolescente

Assinatura da Pesquisadora

Andrea Ruzzi Pereira

Terapeuta Ocupacional

Assinatura do responsável

**[APÊNDICE B - (mãe grupo comparado)]**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**DOENÇA MENTAL MATERNA: AÇÕES DE PARENTING E SUPORTE SOCIAL**

Nós precisamos saber mais sobre a influência da doença mental nas ações de cuidados das mães com transtorno mental em relação aos seus filhos adolescentes, comparando tais resultados com os cuidados de mães que não possuem doença mental e suas ações com seus filhos. Vários fatores podem influenciar nessas ações de cuidados, para melhorá-los ou prejudicá-los.

Você pode colaborar com informações que serão importantes para nós, pois compararemos os dados obtidos com mães que não possuem transtorno mental e seus filhos adolescentes com dados obtidos com mães que possuem diagnóstico de transtorno mental e seus filhos adolescentes.

Sua participação neste estudo consiste em responder uma entrevista que será feita pela pesquisadora, sobre um questionário chamado SSQ, que são perguntas sobre suas atividades diárias, sobre pessoas que podem lhe ajudar no seu cotidiano ou com as quais você pode contar quando tem uma dificuldade ou uma preocupação ou pessoas com quem você divide fatos importantes de sua vida e sobre atitudes relacionadas à educação de seus filhos, como você o encoraja em suas atitudes ou lhe cobra sobre responsabilidades, e isso não levará mais do que 30 minutos do seu tempo.

Cada questionário receberá um número, portanto, seu nome não será usado, conhecido ou citado. Todas as informações têm caráter confidencial e somente a pesquisadora e o orientador terão acesso às mesmas.

Sua participação é voluntária. Se durante a realização da pesquisa você decidir não mais participar você poderá suspender o consentimento.

Também lhe será garantido o direito de se recusar a responder perguntas que possam lhe causar constrangimento.

O benefício de sua participação nesta pesquisa é contribuir para que nós pesquisadores possamos compreender o que acontece na vida do portador de transtorno mental e assim oferecer subsídios para diminuir o impacto da doença mental no cuidado dos filhos.

Existe a possibilidade dos dados obtidos nesta pesquisa serem divulgados em Congressos e revistas científicas, mas em momento algum seu nome ou algo que possa identificá-la será citado.

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos referentes à pesquisa ou ao seu andamento poderão ser solicitadas à pesquisadora e/ou ao orientador pelos meios abaixo relacionados.

Andrea Ruzzi Pereira: Telefone celular (19) 9629-7208 e-mail [ruzzipereira@ig.com.br](mailto:ruzzipereira@ig.com.br)

Prof. Dr. Jair Lício F. Santos: (16)3602 3070 e 3602 2536 e-mail [jlfs@fmrp.usp.br](mailto:jlfs@fmrp.usp.br)

, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura da mãe

Assinatura da Pesquisadora

Andrea Ruzzi Pereira  
Terapeuta Ocupacional

**[APÊNDICE B - (Adolescente grupo comparado)]**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**DOENÇA MENTAL MATERNA: AÇÕES DE PARENTING E SUPORTE SOCIAL**

Nós precisamos saber mais sobre a influência da doença mental nas ações de cuidados das mães com transtorno mental em relação aos seus filhos adolescentes. Vários fatores podem influenciar nessas ações de cuidados, para melhorá-los ou prejudicá-los.

Você pode colaborar com informações que serão importantes para nós, pois compararemos os dados obtidos com filhos de mães que não possuem transtorno mental com dados obtidos com filhos de mães que possuem diagnóstico de transtorno mental.

Sua participação neste estudo consiste em responder uma entrevista que será feita pela pesquisadora, sobre uma escala chamada Escala de Exigência e Responsividade Parentais, que são perguntas sobre suas atividades diárias, sobre os cuidados que sua mãe tem com você e como você se sente em relação a esses cuidados, e isso não levará mais do que 20 minutos do seu tempo.

Cada questionário receberá um número, portanto, seu nome não será usado, conhecido ou citado. Todas as informações têm caráter confidencial e somente a pesquisadora e o orientador terão acesso às mesmas.

Sua participação é voluntária. Se durante a realização da pesquisa você decidir não mais participar você poderá suspender o consentimento.

Também lhe será garantido o direito de se recusar a responder perguntas que possam lhe causar constrangimento.

O benefício de sua participação nesta pesquisa é contribuir para que nós pesquisadores possamos compreender o que acontece na vida do filho do portador de transtorno mental e assim oferecer subsídios para diminuir o impacto da doença mental no cuidado dos filhos.

Existe a possibilidade dos dados obtidos nesta pesquisa serem divulgados em Congressos e revistas científicas, mas em momento algum seu nome ou algo que possa identificá-la será citado.

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos referentes à pesquisa ou ao seu andamento poderão ser solicitadas à pesquisadora e/ou ao orientador pelos meios abaixo relacionados.

Andrea Ruzzi Pereira: Telefone celular (19) 9629-7208 / e-mail [ruzzipereira@ig.com.br](mailto:ruzzipereira@ig.com.br)

Prof. Dr. Jair Lício F. Santos: (16)3602 3070 e 3602 2536 / e-mail [jlfs@fmrp.usp.br](mailto:jlfs@fmrp.usp.br)

, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura do Adolescente

Assinatura da Pesquisadora

Andrea Ruzzi Pereira

Terapeuta Ocupacional

Assinatura do responsável

(APÊNDICE C - TABELAS)

**Tabela 53. Medianas de RespM, RespM (f) e RespP (f) por estado civil da mãe e teste de igualdade dos escores**

<b>Estado civil da mãe</b>	<b>med (RespM)</b>	<b>med (RespM (f))</b>	<b>med (RespP (f))</b>
Casada	38.0	37.0	33.5
Solteira	29.0	41.0	2.5
Viúva	32.0	31.0	
Separada	35.0	36.0	33.0
Vive junto	35.0	38.0	28.0
Teste de Kruskal Wallis P(z)	0,10	0.87	0,13

Onde: RespM = Responsividade materna sob a visão da mãe  
RespM(f) = Responsividade materna sob a visão do filho  
RespP (f) = Responsividade paterna sob a visão do filho

**Tabela 54. Medianas de RespM, RespM (f) e RespP (f) por idade da mãe e teste de igualdade dos escores**

<b>Idade da mãe</b>	<b>med (RespM)</b>	<b>med (RespM (f))</b>	<b>med (RespP (f))</b>
Até 39	39.0	39.0	34.0
40 a 49	36.0	37.0	31.0
50 e +	37.0	34.0	29.0
Teste de Kruskal Wallis P(z)	0,24	0,13	0,60

Onde: RespM = Responsividade materna sob a visão da mãe  
RespM(f) = Responsividade materna sob a visão do filho  
RespP (f) = Responsividade paterna sob a visão do filho

**Tabela 55. Medianas de RespM, RespM (f) e RespP (f) por anos de estudo do adolescente e teste de igualdade dos escores**

<b>Sexo</b>	<b>med (RespM)</b>	<b>med (RespM (f))</b>	<b>med (RespP (f))</b>
Masculino	36.5	36.5	30.5
Feminino	37.0	39.5	33.0
Teste de Mann- Whitney P(z)	0,58	0,07	0,46

Onde: RespM = Responsividade materna sob a visão da mãe  
RespM(f) = Responsividade materna sob a visão do filho  
RespP (f) = Responsividade paterna sob a visão do filho

**Tabela 56. Mediana das variáveis exigência materna sobre o ponto de vista da mãe e do filho e exigência paterna sob o ponto de vista do filho.**

Variável	Grupo		Teste de Mann-Whitney		
	Estudo	Comparado	z	P (z)	Significância
ExigM (m)	41	41	-1,785	0,0743	Não
ExigM (f)	41	41	-0,787	0,4314	Não
ExigP (f)	39	39	-1,806	0,0710	Não

Onde: ExigM (m) = exigência materna sob o ponto de vista da mãe

ExigM (f) = exigência materna sob o ponto de vista do filho

ExigP (f) = responsividade paterna sob o ponto de vista do filho

**Tabela 57. Medianas de ExigM, ExigM(f) e ExigP (f) por estado civil da mãe e teste de igualdade dos escores**

Estado civil da mãe	med (ExigM)	med (ExigM (f))	med (ExigP (f))
Casada	45.0	41.0	36.0
Solteira	43.0	43.5	6.0
Viúva	41.5	36.0	
Separada	45.0	44.0	38.0
Vive junto	41.0	38.0	28.0
Teste de Kruskal Wallis P(z)	0,51	0,36	0,11

Onde: ExigM = Exigência materna sob a visão da mãe

ExigM(f) = Exigência materna sob a visão do filho

ExigP (f) = Exigência paterna sob a visão do filho

**Tabela 58. Medianas de ExigM, ExigM (f) e ExigP (f) por idade do filho e teste de igualdade dos escores**

Idade do filho	med (ExigM)	med (ExigM (f))	med (ExigP (f))
12 a 14	46.0	42.0	36.0
15 a 18	44.0	40.0	36.0
Teste de Mann-Whitney P(z)	0.09	0.12	0.93

Onde: ExigM (m) = exigência materna sob o ponto de vista da mãe

ExigM (f) = exigência materna sob o ponto de vista do filho

ExigP (f) = responsividade paterna sob o ponto de vista do filho

**Tabela 59. Medianas de ExigM, ExigM (f) e ExigP (f) por sexo do adolescente e teste de igualdade dos escores**

Sexo	med (ExigM)	med (ExigM (f))	med (ExigP (f))
Masculino	45.5	40.0	36.0
Feminino	44.0	42.0	35.0
Teste de Mann-Whitney P(z)	0,08	0,24	0,89

Onde: ExigM (m) = exigência materna sob o ponto de vista da mãe

ExigM (f) = exigência materna sob o ponto de vista do filho

ExigP (f) = responsividade paterna sob o ponto de vista do filho

**Tabela 60. Medianas de ExigM, ExigM (f) e ExigP (f) por idade da mãe e teste de igualdade dos escores**

<b>Idade da mãe</b>	<b>med (ExigM)</b>	<b>med (ExigM (f))</b>	<b>med (ExigP (f))</b>
Até 39	44.0	41.0	36.0
40 a 49	44.0	40.0	35.0
50 e +	47.0	43.0	35.5
Teste de Kruskal Wallis P(z)	0,11	0,52	0,99

Onde: ExigM (m) = exigência materna sob o ponto de vista da mãe

ExigM (f) = exigência materna sob o ponto de vista do filho

ExigP (f) = responsividade paterna sob o ponto de vista do filho

**Tabela 61. Medianas de ExigM, ExigM (f) e ExigP (f) por classe econômica e teste de igualdade dos escores**

<b>Classe Econômica</b>	<b>med (ExigM)</b>	<b>med (ExigM (f))</b>	<b>med (ExigP (f))</b>
A2	43.0	40.0	26.0
B1	43.0	41.0	35.0
B2	45.0	40.0	36.0
C	44.0	41.0	36.5
D	44.5	42.0	33.0
Teste de Kruskal Wallis P(z)	0,56	0,87	0,78

Onde: ExigM (m) = exigência materna sob o ponto de vista da mãe

ExigM (f) = exigência materna sob o ponto de vista do filho

ExigP (f) = responsividade paterna sob o ponto de vista do filho



**(ANEXO A) - SSQ - Questionário de Suporte Social**

**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 (a)?

- ( ) 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 (a)?

- ( ) 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 (a)?

- ( ) 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 (a)?

- ( ) 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 (a)?

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

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

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

( ) Ninguém \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- ( ) 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 (a)?

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

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

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

( ) Ninguém \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- ( ) 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 (a)?

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

- ( ) 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 (a)?

- ( ) 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 (a)?

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

- ( ) 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 (a)?

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

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

( ) Ninguém \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- ( ) 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 pior?**

( ) Ninguém \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- ( ) 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 (a)?

- ( ) 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 (a)?

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

- ( ) 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 (a)?

- ( ) 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 (a)?

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



**(ANEXO B) - Escalas de Responsividade e Exigência Parentais**  
**(Questionário respondido pelo adolescente)**

Abaixo há uma série de frases sobre atitudes de mães e pais. Para cada uma delas marque, à direita, a resposta que melhor se aproxima à sua opinião de acordo com a chave de respostas abaixo. Você pode usar os números 0, 1, 2, 3 e 4 dependendo da frequência ou intensidade com que ocorrem as situações descritas nas frases (quanto maior o número, mais freqüente ou intensa é a situação). Não esqueça que você pode usar os números intermediários (1, 2 e 3) para expressar níveis intermediários de frequência ou intensidade das situações, e não apenas as opções extremas representadas pelos números 0 e 4. Assinale apenas uma resposta por frase, e não deixe nenhum item sem resposta.

Chave de respostas: (quase nunca ou bem pouco) 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 (geralmente ou bastante)

<i>A respeito de seus pais considera as seguintes frases:</i>	<i>MÃE</i>	<i>PAI</i>
1. Sabe aonde vou quando saio de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Controla as minhas notas no colégio.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Exige que eu vá bem na escola.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Impõe limites para as minhas saídas de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Me cobra quando eu faço algo errado.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Tem a última palavra quando discordamos sobre um assunto importante a meu respeito.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Controla os horários de quando eu estou em casa e na rua.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Faz valer as suas opiniões sem muita discussão.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. Exige que eu colabore nas tarefas de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Me cobra que eu seja organizado(a) com as minhas coisas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. É firme quando me impõe alguma coisa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Me pune de algum modo se desobedeço uma orientação sua.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Posso contar com a sua ajuda caso eu tenha algum tipo de problema.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Me incentiva a que eu tenha minhas próprias opiniões sobre as coisas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
15. Encontra um tempo para estar comigo e fazermos juntos algo agradável.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Me explica os motivos quando me pede para eu fazer alguma coisa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
17. Me encoraja para que eu melhore se não vou bem na escola.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
18. Me incentiva a dar o melhor de mim em qualquer coisa que eu faça.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
19. Se interessa em saber como eu ando me sentindo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
20. Ouve o que eu tenho para dizer mesmo quando não concorda.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
21. Demonstra carinho para comigo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
22. Me dá força quando eu enfrento alguma dificuldade ou decepção.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
23. Mostra interesse pelas coisas que eu faço.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
24. Está atenta(o) às minhas necessidades mesmo que eu não diga nada.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

**(ANEXO B) - Escalas de Responsividade e Exigência Parentais**  
**(Questionário respondido pela mãe)**

Abaixo há uma série de frases sobre atitudes de mães em relação aos filhos. Para cada uma delas marque, à direita, a resposta que melhor se aproxima à sua opinião de acordo com a chave de respostas abaixo. Você pode usar os números 0, 1, 2, 3 e 4 dependendo da frequência ou intensidade com que ocorrem as situações descritas nas frases (quanto maior o número, mais freqüente ou intensa é a situação). Não esqueça que você pode usar os números intermediários (1, 2 e 3) para expressar níveis intermediários de frequência ou intensidade das situações, e não apenas as opções extremas representadas pelos números 0 e 4. Assinale apenas uma resposta por frase, e não deixe nenhum item sem resposta. Lembre-se que, na caso de você ter mais que um filho, você deve se basear nas atitudes em relação ao seu filho que está colaborando nesta pesquisa.

Chave de respostas: (quase nunca ou bem pouco) 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 (geralmente ou bastante)

<i>A respeito de teu filho considera as seguintes frases:</i>	
1. Você sabe aonde ele(a) vai quando sai de casa.	0 1 2 3 4
2. Controla as minhas notas no colégio.	0 1 2 3 4
3. Exige que eu vá bem na escola.	0 1 2 3 4
4. Impõe limites para as minhas saídas de casa.	0 1 2 3 4
5. Me cobra quando eu faço algo errado.	0 1 2 3 4
6. Tem a última palavra quando discordamos sobre um assunto importante a meu respeito.	0 1 2 3 4
7. Controla os horários de quando eu estou em casa e na rua.	0 1 2 3 4
8. Faz valer as suas opiniões sem muita discussão.	0 1 2 3 4
9. Exige que eu colabore nas tarefas de casa.	0 1 2 3 4
10. Me cobra que eu seja organizado(a) com as minhas coisas.	0 1 2 3 4
11. É firme quando me impõe alguma coisa.	0 1 2 3 4
12. Me pune de algum modo se desobedeço uma orientação sua.	0 1 2 3 4
13. Posso contar com a sua ajuda caso eu tenha algum tipo de problema.	0 1 2 3 4
14. Me incentiva a que eu tenha minhas próprias opiniões sobre as coisas.	0 1 2 3 4
15. Encontra um tempo para estar comigo e fazermos juntos algo agradável.	0 1 2 3 4
16. Me explica os motivos quando me pede para eu fazer alguma coisa.	0 1 2 3 4
17. Me encoraja para que eu melhore se não vou bem na escola.	0 1 2 3 4
18. Me incentiva a dar o melhor de mim em qualquer coisa que eu faça.	0 1 2 3 4
19. Se interessa em saber como eu ando me sentindo.	0 1 2 3 4
20. Ouve o que eu tenho para dizer mesmo quando não concorda.	0 1 2 3 4
21. Demonstra carinho para comigo.	0 1 2 3 4
22. Me dá força quando eu enfrento alguma dificuldade ou decepção.	0 1 2 3 4
23. Mostra interesse pelas coisas que eu faço.	0 1 2 3 4
24. Está atenta(o) às minhas necessidades mesmo que eu não diga nada.	0 1 2 3 4

## (ANEXO C) Critério de Classificação Econômica Brasil

Indique o número de itens abaixo que possui em sua casa ( Ler os itens e marcar com um X na coluna com o número correspondente à quantidade, ou na coluna “não tem”, caso não possua o item).

Critério Brasil

	Não tem	TEM			
		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

Pontos \_\_\_\_\_

Critério Brasil ( Grau de instrução do Chefe da Família)

Analfabeto/ Primário Incompleto	0
Primário Completo/ Ginásio Incompleto	1
Ginásio Completo/ Colegial Incompleto	2
Colegial Completo/Superior Incompleto	3
Superior Completo	5

Pontos \_\_\_\_\_

### RENDA FAMILIAR POR CLASSES

CLASSE	PONTOS	RENDA MÉDIA FAMILIAR (R\$)
A1	30 a 34	7.793,00
A2	25 a 29	4.648,00
B1	21 a 24	2.804,00
B2	17 a 20	1.669,00
C	11 a 16	927,00
D	6 a 10	424,00
E	0 a 5	207,00

**(ANEXO D) - F30 – F39 Transtornos do Humor (Afetivos) (CID 10,1993, p.108-109)**

*Nestes transtornos a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto, usualmente para a depressão (com ou sem ansiedade associada) ou euforia. Essa alteração de humor é normalmente acompanhada por uma alteração no nível global de atividade e a maioria dos outros sintomas é secundária ou facilmente compreendida no contexto de tais alterações. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e o início dos episódios individuais é frequentemente relacionado com eventos ou situações estressantes. (CID 10,1993, p.110)*

*Este bloco da classificação (F30 – F39) compreende:*

*F30 Episódio Maníaco*

*F30.0 Hipomania*

*F30.1 Mania sem sintomas psicóticos*

*F30.2 Mania com sintomas psicóticos*

*F30.8 Outros episódios maníacos*

*F30.9 Episódio Maníaco, não especificado*

*F31 Transtorno Afetivo Bipolar*

*F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco*

*F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos*

*F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos*

*F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado*

*.30 Sem sintomas somáticos.*

*.31 Com sintomas somáticos.*

- F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos*
- F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos*
- F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto*
- F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão*
- F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares*
- F31.9 Transtorno afetivo bipolar, não especificado*
- F32 Episódio depressivo*
  - F32.0 Episódio depressivo leve*
    - .00 Sem sintomas somáticos.*
    - .01 Com sintomas somáticos.*
  - F32.1 Episódio depressivo moderado*
    - .10 Sem sintomas somáticos.*
    - .11 Com sintomas somáticos.*
  - F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos*
  - F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos*
  - F32.8 Outros episódios depressivos*
  - F30.9 Episódio depressivo, não especificado*
- F33 Transtorno depressivo recorrente*
  - F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve*
    - .00 Sem sintomas somáticos.*
    - .01 Com sintomas somáticos.*
  - F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado*
    - .10 Sem sintomas somáticos.*

*.11 Com sintomas somáticos.*

*F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos*

*F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos*

*F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão*

*F32.8 Outros transtornos depressivos recorrentes*

*F30.9 Transtorno depressivo recorrente, não especificado*

*F34 Transtornos persistentes do humor (afetivos)*

*F34.0 Ciclotimia*

*F34.1 Distimia*

*F34.8 Outros transtornos persistentes do humor (afetivos)*

*F34.9 Transtorno persistente do humor (afetivos), não especificado*

*F38 Outros transtornos do humor (afetivos)*

*F38.0 Outros transtornos únicos do humor (afetivos)*

*.00 Episódio afetivo misto*

*F38.1 Outros transtornos recorrentes do humor (afetivos)*

*.10 Transtorno depressivo breve recorrente.*

*F38.8 Outros transtornos especificados do humor (afetivos)*

*F39 Transtorno do humor (afetivo) não especificado*

*F40 – F48 Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes  
(CID 10,1993, p.130-131)*

*Nestes transtornos misturas de sintomas são comuns (a coexistência de depressão e ansiedade sendo de longe a mais freqüente), particularmente nas*

*variedades menos graves desses transtornos, freqüentemente vistas em cuidados primários. (CID 10,1993, p.132).*

*Este bloco da classificação (F40 – F48) compreende:*

*F41 Outros transtornos de ansiedade*

*F41.0 Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)*

*F41.1 Transtorno de ansiedade generalizada*

*F41.2 Transtorno misto de ansiedade e depressão*

*F41.3 Outros transtornos misto de ansiedade*

*F41.8 Outros transtornos de ansiedade especificados*

*F41.9 Transtorno de ansiedade, não especificado*

*F43 Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento*

*F43.0 Reação aguda a estresse*

*F43.1 Transtorno de estresse pós-traumático*

*F43.2 Transtorno de ajustamento*

*.20 Reação depressiva breve*

*.21 Reação depressiva prolongada*

*.22 Reação mista depressiva e ansiosa*

*.23 Com perturbação predominantes de outras emoções*

*.24 Com perturbação predominante de conduta*

*.25 Com perturbação mista de emoções e conduta*

*.28 Outros sintomas predominantes especificados*

*F43.8 Outras reações a estresse grave*

*F43.9 Reação a estresse grave, não especificada*