

Transtorno mental materno e desenvolvimento infantil: percepções sobre essa realidade^a

Maternal mental disturbances and infantile development: perceptions on this reality

Maria Fernanda Barboza Cid*

Thelma Simões Matsukura**

Maria Denise Pessoa e Silva***

265

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo · 2012;36(2):265-275

Resumo

Considerando os apontamentos da literatura de que o transtorno mental materno constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento emocional dos filhos, o presente estudo objetivou identificar a percepção de mães com transtorno mental e de seus filhos, a respeito de sua realidade, focalizando aspectos relativos ao transtorno mental materno, ao cuidado dispensado às crianças e a autopercepção das mesmas. Foram participantes quatro crianças de 7 a 12 anos e suas mães. Os instrumentos utilizados foram: Roteiros de entrevistas semiestruturados, aplicados junto às mães e às crianças e a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), aplicada junto às mães. Os principais resultados indicam que as crianças recebem apoio dos familiares em seu cotidiano, desempenham o papel de cuidadores e fornecem suporte emocional às suas mães nos momentos de crises advindas do transtorno mental; identificam o que consideram bom e difícil em suas vidas e se autodescrevem a partir de aspectos como retraimento e tristeza.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil. Saúde Mental. Fatores de Risco.

Abstract

Considering observations in the literature that maternal mental disturbances constitute an important risk factor for the emotional development of children, the present study aims to identify the perception of mothers with mental disturbances and their children regarding this reality, focusing on aspects concerning maternal mental disturbances, care given to children and their self-perception. Subjects were four children from 7 to 12 years of age and their mothers. The used instruments were: scripts for semi-structured interviews applied to the mothers and the children and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), applied to the mothers. The main results indicate that children receive support from family members in daily life, play the role of carers and offer emotional support to their mothers at moments of crises caused by mental disturbances; they identify what they consider good and difficult in their lives and describe themselves in terms of aspects such as withdrawal and sadness.

Keywords: Child Development. Mental Health. Risk Factors.

a. Trata-se de um texto inédito, resultado de um estudo de iniciação científica e de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos. O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar - CAAE 0065.0.135.000-06. Destaca-se que foi um trabalho financiado pela CAPES e PBIC/CNPq.

* Professora assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: mariafernandacid@gmail.com

** Professora associada do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

*** Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos. Terapeuta Ocupacional.

INTRODUÇÃO

Estudos indicam que o desenvolvimento infantil é influenciado por aspectos genéticos, biológicos e ambientais que, quando associados a consequências negativas para o desenvolvimento, são chamados de *fatores de risco*, que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo¹. Greenberg, Domitrovitch e Bumbarger² apontam que o desenvolvimento não é determinado por um simples fator de risco, mas multideterminado por relações complexas entre variáveis biológicas e ambientais, de forma que seria duvidoso pensar que somente um fator de risco poderia ocasionar problemas a um determinado indivíduo.

Entre os fatores de risco estão certas características familiares, que podem colocar as crianças em maior risco para o desenvolvimento saudável. Tais características englobam: baixa renda, baixa escolaridade dos pais, altos níveis de estresse familiar, baixos níveis de suporte social, altos níveis de discórdia marital, depressão e doença psiquiátrica dos pais^{3,4,5}. Assim, observa-se que a presença de um transtorno psiquiátrico nos pais é considerada um fator de risco para o desenvolvimento das crianças.

Kohn, et al⁶, na revisão da literatura sobre os fatores de risco demográficos que se relacionam com a presença de transtornos emocionais e de conduta em crianças, apontam que vários fatores advindos do ambiente familiar podem aumentar o risco de uma criança apresentar problemas emocionais, tais como a presença de conflitos entre os pais e a falta de interação entre pais e filhos. Os autores destacam, ainda, que a presença de um transtorno psiquiátrico em um dos pais interfere significativamente no desenvolvimento emocional dos filhos.

Paralelamente aos fatores de risco a que estão submetidas as crianças, têm-se os fatores de proteção, que podem ser entendidos como recursos pessoais ou sociais que amenizam ou inibem o impacto do risco². Os fatores de proteção podem atuar favorecendo o desenvolvimento humano, quando esse está sendo ameaçado pela exposição ao risco e podem ser identificados e ativados na situação de risco. Podem não ter efeito na ausência de um estressor, pois sua função

é modificar a resposta do indivíduo em situações adversas, mais do que favorecer diretamente o desenvolvimento^{2,7,8,9}.

Encontram-se na literatura internacional estudos que investigaram a relação entre o desenvolvimento infantil e a presença de transtorno mental em um dos pais. Oyserman, et al¹⁰ realizaram um estudo de revisão sobre a relação entre transtorno mental em mães e desenvolvimento infantil. Os autores examinaram estudos americanos, publicados no período de janeiro de 1980 a janeiro de 1999, que relacionavam o estilo parental materno em diferentes fases do desenvolvimento da criança e o diagnóstico de transtorno mental nas mães. Encontraram algumas pesquisas que indicaram que a presença de um transtorno mental nas mães diminui sua capacidade de estabelecer uma sincronia na interação com suas crianças. Além disso, em sua revisão, observaram que estudos apontam que as mães com transtorno mental se apresentam mais ansiosas, inseguras e negativas, se envolvem pouco em situações de brincadeira e interação com suas crianças, têm dificuldades em identificar as necessidades dos filhos e são menos disponíveis e afetivas¹⁰.

Oyserman, et al¹⁰ investigaram a associação entre presença de transtornos mentais em mães americanas afrodescendentes (diagnosticadas com depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia) práticas parentais, pobreza, baixa escolaridade e o desenvolvimento dos filhos. Participaram do estudo 202 mães, com idade média de 37 anos. A faixa etária dos filhos não foi apontada pelo autor, que encontrou que as mães que vivem sob condições de pobreza e baixa escolaridade, mas possuem altos níveis de suporte social, são menos estressadas e mais capazes de se envolver com suas crianças. Além disso, o estudo indicou que as mães que possuem sintomas mais graves relativos ao transtorno mental são menos capazes de desenvolverem estilos parentais positivos, o que afeta o desenvolvimento dos filhos.

Lesesne, Visser e White¹¹ investigaram relações entre o estado de saúde mental materna e a presença de déficits de atenção e hiperatividade (TDAH) nos filhos com idades entre 4 e 17 anos, a partir dos dados do NHIS (*National Health Interview Survey*), que consiste em uma pesquisa anual conduzida pelo Centro de Controle de Do-

enças e Prevenção, com uma amostra representativa da população que vive nos Estados Unidos. Assim, participaram do estudo 9.529 díades mãe-criança. Os resultados revelaram uma associação entre a presença de depressão e ansiedade em mães e o TDAH em seus filhos.

Visando examinar as relações entre a depressão materna, psicopatologia paterna e problemas de comportamento nos filhos adolescentes, Brennan, Hammen, Katz e Brocque¹² investigaram 522 famílias australianas, cujos adolescentes eram nascidos entre 1981 e 1984 e encontraram que a presença de psicopatologia nos pais tem relação significativa com o desenvolvimento de desordens externalizantes nos filhos adolescentes.

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

Alguns estudos brasileiros focalizam o impacto dos transtornos mentais maternos sobre o desenvolvimento das crianças^{13,14,15,16,17}.

Ferriolli, Marturano e Puntel¹⁵ realizaram um estudo transversal com 100 crianças de 6 a 12 anos e suas mães assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Ribeirão Preto, no qual avaliaram problemas emocionais na criança e variáveis do contexto familiar (nível socioeconômico, eventos de vida, estresse materno, depressão materna e recursos do ambiente familiar). As autoras encontraram associações entre

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

Gutt¹⁴, em sua dissertação de mestrado, avaliou o perfil comportamental e a competência social de crianças e adolescentes, filhos de mães com diagnóstico de esquizofrenia, comparando-os com crianças da mesma faixa etária e sexo. Para isso, utilizou, com 242 participantes, o Inventário de Comportamentos para Infância e Adolescência (*Child Behavior Checklist-CBCL*) e o Inventário de Comportamentos Auto-Referidos para Adolescentes (*Youth Self Report-YSR*). A autora encontrou que os filhos de mulheres com esquizofrenia apresentaram maior proporção de problemas de internalização e de problemas com o pensamento, quando comparados a crianças e adolescentes do grupo comparativo com mães sem transtornos mentais.

Matsukura e Cavaglieri¹³, no estudo qualitativo que objetivou avaliar o desenvolvimento de adolescentes filhos de mães com transtornos de humor, encontraram que esses adolescentes, a despeito de relatarem algumas dificuldades no que se refere à convivência com a genitora, parecem ter encontrado formas de adaptação positivas às alterações de comportamento da mãe, referentes ao transtorno mental. As autoras observaram, ainda, que a despeito de as mães possuírem um transtorno de humor, os filhos não apresentaram problemas de saúde mental.

A partir do resultado apontado pelo estudo de Matsukura e Cavaglieri¹³, observa-se que ainda que vários estudos apontem os prejuízos que podem acometer as crianças, verifica-se também que a despeito do risco é possível que filhos de pais portadores de transtorno mental tenham seu desenvolvimento preservado.

Cummings¹⁸ aponta que muitos filhos de pais com depressão se desenvolvem competentemente e de maneira adaptativa, e alguns se tornam adultos com tantas ou mais funcionalidades que seus pais.

Sapienza e Pedromônico¹⁹ apontam estudos que indicam que algumas crianças destacam-se na superação de eventos estressantes quando comparadas a outras crianças expostas aos mesmos riscos, por diferenças fisiológicas ou psicológicas. Sendo assim, características intrínsecas do indivíduo parecem desempenhar importante

papel no enfrentamento de adversidades. Tais autores ainda apontam que independentemente da combinação de fatores estressantes, crianças em situação de risco podem desenvolver alternativas e recursos frente às adversidades, beneficiando-se de suas competências e habilidades pessoais. Contudo, pouco se sabe a respeito de como as características das crianças modificam o risco à adaptação negativa frente ao transtorno mental materno.

Dessa forma, aponta-se para a necessidade de continuidade de estudos que contribuam na compreensão sobre os aspectos que podem mediar resultados de desenvolvimento de crianças e adolescentes que vivenciam essa realidade.

Observa-se, também, a importância da realização de estudos brasileiros que abordem a questão do transtorno mental materno e a saúde mental infantil, considerando as especificidades da realidade nacional e a multiplicidade de fatores presentes nos processos de desenvolvimento e os fatores de risco e proteção.

Além disso, considerando que a maioria dos estudos realizados sobre esse tema adotam uma abordagem quantitativa de pesquisa, acredita-se na importância em dar voz aos filhos de mães com transtornos mentais, bem como aos principais atores envolvidos nesse processo, na busca de identificar as percepções que eles possuem em relação à sua vivência, contribuindo, assim, para uma maior compreensão a respeito dessa realidade.

Considera-se também que uma maior compreensão dos aspectos envolvidos no processo envolvido no desenvolvimento infantil, em especial o desenvolvimento emocional, possa subsidiar de forma mais efetiva as práticas dos profissionais da saúde e educação que lidam com essa problemática.

OBJETIVO

O estudo teve como objetivo identificar a percepção de mães com transtorno de humor^b e

de seus filhos, a respeito de sua realidade, focalizando aspectos relativos ao transtorno mental materno, ao cuidado dispensado às crianças e sua autopercepção.

MÉTODO

Buscando alcançar uma identificação mais fiel e aprofundada sobre a realidade de mães com transtornos mentais e seus filhos, optou-se pela utilização da abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação entre o grupo de investigadores e os sujeitos da pesquisa^{20,21}.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevistas semiestruturadas, que, como técnica de pesquisa qualitativa, pretende superar a limitação da busca de dados objetivos simplesmente, permitindo, também, o acesso a dados da realidade, de caráter subjetivo, isto é, ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de atuar, etc.^{20,22}.

1. Participantes

Foram participantes do estudo quatro díades mães-crianças. As idades das crianças variaram de 7 a 12 anos, e todas as mães apresentavam diagnóstico de Transtornos de Humor.

Como critério de inclusão para participação na pesquisa, as mães das crianças deveriam ter, em prontuários, diagnóstico de Transtorno de Humor, descritos de F30 a F39 na Classificação Internacional de Doenças – CID-10²³ –, há ao menos três anos; deveriam estar em acompanhamento vinculado a serviço público de saúde mental e seu diagnóstico deveria ser confirmado a partir da aplicação da *Mini International Neuropsychiatric Interview-MINI*²⁴. As crianças participantes deveriam ter entre 6 e 12 anos de idade.

Observa-se que a idade das mães variou de 37 a 44 anos e que todas são casadas, com exceção de uma delas, viúva e posteriormente amasiada. O tempo de doença varia de 3 a 18 anos.

b. Segundo a CID 10, os transtornos de humor são: transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a essas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto dessas alterações. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

Quadro 1. Informações gerais dos participantes

DADOS DAS MÃES						DADOS DAS CRIANÇAS			
Mães	Idade (anos)	Estado civil	Tempo da doença	Trabalho	Renda em salários mínimos	Criança/ filhos	Idade (anos)	Gênero	Escolaridade
M1	37	viúva/amasiada	3 anos	afastada	3	C1	12	F	6a série
M2	42	casada	6 anos	afastada	3	C2	10	M	4a série
M3	44	casada	8 anos	costureira	não soube dizer	C3	9	M	3a série
M4	40	casada	18 anos	afastada	4	C4	7	M	1a série

A renda média familiar varia de 3 a 4 salários mínimos, sendo que uma participante não soube definir a renda média. Apenas uma delas trabalha, ao passo que as demais estão afastadas do trabalho.

Apenas uma das crianças é do sexo feminino, enquanto as demais são do sexo masculino. Todas as crianças frequentam a rede pública de ensino.

2. Local

A pesquisa foi realizada em duas instituições públicas de saúde que oferecem tratamento a pessoas com transtornos mentais, de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo.

3. Instrumentos

3.1. Entrevistas semiestruturadas

Foram utilizados dois roteiros de entrevistas, elaborados em estudo anterior¹³ e adaptados para o presente estudo, que buscam identificar aspectos relativos ao desenvolvimento da criança e à convivência com a mãe com transtorno mental:

1. Roteiro aplicado junto à mãe da criança, focalizando aspectos relativos aos cuidados dispensados à criança, à saúde, rotina, desempenho escolar, sociabilização, comportamento frente ao transtorno mental materno e identificação de dificuldades e facilidades da criança;

2. Roteiro aplicado junto à criança, focalizando sua rotina, os cuidados dispensados a ela, sociabilização, autodescrição, desempenho

escolar, componentes positivos e negativos em sua vida, relação com a mãe, percepções sobre o transtorno mental materno.

3.2. MINI - *Mini International Neuropsychiatric Interview*

Para a confirmação do diagnóstico das mães, foi utilizada a MINI, um questionário diagnóstico padronizado breve, compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10, organizado por módulos diagnósticos independentes que exploram 17 transtornos mentais do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno de personalidade antissocial. O instrumento apresenta estudos de validação para a versão brasileira, nos quais foram encontrados resultados satisfatórios com relação à confiabilidade e validade da MINI²⁴.

4. Procedimentos

4.1. Localização dos participantes

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, iniciaram-se os procedimentos de localização dos participantes e coleta de dados.

Foram contatadas duas instituições públicas de atendimento à saúde mental da região, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Clínica Escola, vinculada a uma universidade pública e, em seguida, foi realizado o levantamento de prontuários de pacientes com diagnóstico de transtorno de humor que tinham filhos em idade

escolar. Foram levantados dados de, aproximadamente, 2000 prontuários, sendo que, no CAPS, 72 mulheres respondiam ao critério inicial de seleção, no entanto, 34 não respondiam aos critérios para a participação na pesquisa devido à idade dos filhos ser superior ou inferior ao estabelecido, e 28 mães não foram contatadas devido à inexistência dos números de telefone. Das 10 mulheres restantes, cinco concordaram em participar de um encontro com a pesquisadora em que seriam apresentados os objetivos da pesquisa. Uma delas não aceitou participar do estudo e uma participou da aplicação teste, não sendo, dessa forma, incluída no grupo de participantes. Na Clínica Escola, 3 mulheres respondiam aos critérios para a participação na pesquisa, mas somente uma aceitou participar. Após a aceitação das 4 mulheres, foram agendados dias e horários para o início do procedimento de coleta de dados.

4.2. Aplicação teste

Na fase anterior à coleta, foi realizada uma etapa de aplicação teste, cujo objetivo foi o aperfeiçoamento do roteiro de entrevistas. Esse procedimento foi realizado com uma mãe e três crianças que possuíam características que se enquadravam nos critérios da pesquisa.

4.3. Coleta de dados

Anteriormente à coleta de dados, as mães foram solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; em seguida, foi aplicado junto à mãe o questionário MINI²⁴ para a confirmação diagnóstica do transtorno mental. Essa etapa de procedimentos garantiu que os critérios estabelecidos para a seleção dos participantes fossem efetivados. Após a primeira etapa de identificação dos participantes, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas junto às mães e, posteriormente, foi realizada a entrevista com a criança.

5. Procedimentos de análise de dados

Os dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas com as mães e com as crianças foram analisados a partir das transcrições na íntegra das entrevistas, que tiveram seu conteúdo agrupado e categorizado, identificando ideias centrais representativas presentes nos discursos

dos participantes e construindo discursos comuns, segundo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo²².

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo consiste no agrupamento das respostas advindas de entrevistas e posterior categorização de ideias centrais representativas presentes nos discursos dos participantes. Após a identificação e categorização de ideias centrais, organiza-se um discurso para cada ideia central a partir das respostas dos participantes, gerando, assim, discursos comuns ao grupo estudado²².

Resultados e discussão

A seguir serão apresentados e discutidos os principais resultados obtidos depois de feita a análise das entrevistas realizadas junto às crianças e suas mães com transtorno de humor.

Foi possível observar, a partir do presente estudo, que as crianças filhas de mães com transtorno mental possuem características comuns às crianças da mesma faixa etária, por exemplo, dormem e comem bem, têm boa saúde, gostam de brincar e apontam atividades de lazer. Entretanto, quando aspectos de sua realidade foram aprofundados pelas próprias crianças e suas mães, verificou-se que algumas vivências parecem ser típicas dessa realidade investigada.

As crianças, ao relatarem sobre o que consideram difícil em suas vidas, apontam elementos como sentimentos e preocupações com os familiares, depressão materna, relacionamentos e questões cotidianas:

Tristeza. (Fico triste) de vez em quando. Ah, quando que alguém da minha família vem e fala, por exemplo, fala de morrer, essas coisas, eu fico triste, né (...). Difícil? A depressão da minha mãe, o meu irmão descontar a raiva dele em mim, a escola (...) a parte dos amigos... Fora isso mais nada. O que é mais difícil é a depressão da minha mãe. (DSC dos filhos sobre o que consideram difícil em suas vidas)

Verifica-se que a depressão materna foi citada explicitamente pelas crianças. Hipotetiza-se que as preocupações com os familiares identificadas nas falas das crianças podem ter surgido do relacionamento e convivência com a doença

mental materna. Da mesma maneira, ao identificar a depressão materna como algo difícil em suas vidas, observa-se que a criança tem a percepção dessa realidade e a considera como algo difícil de lidar.

Considera-se que a própria fase do desenvolvimento das crianças do presente estudo possa dificultar a compreensão em relação à complexidade do que acontece com suas mães, dificultando ainda mais o lidar com a situação, apontado pelos filhos como algo difícil. Acredita-se que esse achado, obtido a partir das falas dessas crianças, indica uma questão importante a ser considerada pelos serviços de saúde mental, em relação a uma possível intervenção familiar que englobe os filhos, no sentido de oferecer suporte informacional e emocional a essas crianças, o que possivelmente as auxiliaria na compreensão em relação à realidade que vivenciam.

Nessa mesma direção, apresenta-se o resultado a seguir, em que se pode observar que os filhos de mães com transtorno mental, embora saibam que a mãe faz tratamento de saúde e muitas vezes denominem o problema, suas percepções a respeito dos motivos do tratamento geraram três discursos diferentes que indicam como a criança tenta explicar seu entendimento sobre o tratamento realizado pela mãe.

É por causa que a minha mãe e meu pai, né, eles brigaram, e meu pai falou pra mim que ele tava procurando uma casa pra ele morar, né? Aí, eu choro e a minha mãe fica assim (...) ela toma aqueles remédios pra não ficar assim... daquele jeito, chorando... sabe? (DSC dos filhos sobre se sabem a respeito do tratamento da mãe e o porquê desse tratamento)

Sei... é porque ela tem depressão. (...) Pra ajudar na recuperação. (DSC dos filhos sobre se sabem a respeito do tratamento da mãe e o porquê desse tratamento)

Não. (...) Pra desgordar. (DSC dos filhos sobre se sabem a respeito do tratamento da mãe e o porquê desse tratamento)

Ao serem questionadas se alguém já lhes havia explicado sobre a doença da mãe, dois discursos foram gerados, em que as crianças responderam afirmativamente e apontaram quem

explicou, e outro em que responderam não terem recebido explicações.

Só ela só! (...) Ah, ela fala que... ah, difícil... Ela fala que ela vai ter que ir lá no CAPS, porque ela tem depressão. A maioria das parte da depressão dela eu vi! Nem dá pra falar, né? (...) Pra mim foi fácil porque eu não apanhava, quem apanhava era meu irmão! (...) Já explicou... Meu padrasto, mas eu não lembro o quê. (DSC dos filhos sobre se alguém já tinha explicado para eles sobre a doença de suas mães)

Eu acho que não, se alguém falou eu não lembro! (...) Tsc, tsc... Não! (DSC dos filhos sobre se alguém já tinha explicado para eles sobre a doença de suas mães)

As mães também abordam esse assunto e relatam duas situações divergentes. Em uma delas, as crianças receberam explicações sobre a doença mental materna. Na outra, não explicaram à criança sobre a doença.

Os padrinhos deles também sempre tiveram, assim... à parte, eles conversaram muito e ajudaram muito, sabe. Um pegava um, outro pegava o outro, pra deixar eu um pouco mais, assim... e eu acredito que nesse meio tempo eles conversavam muito com as crianças (...) eu mesma que explicava, quando passava na TV algum programa, alguma coisa que falava sobre depressão, a gente assistia e gravava pra gente poder ver e acompanhar e ver como que é. Sim, ele perguntou. (...) Eu acredito que não (faziam perguntas), eles só observam... Ficou triste. (DSC das mães sobre se alguém já havia explicado às crianças sobre o transtorno mental apresentado por elas)

Verifica-se que, no núcleo familiar, pode haver a tentativa de explicar à criança sobre a doença mental materna e seus sintomas, da mesma forma que, em alguns casos, a doença e os motivos do tratamento da mãe não são esclarecidos às crianças. No entanto, as explicações sobre a doença mental da mãe, quando acontecem, parecem justificar o comportamento materno no cotidiano das crianças. Mais estudos que abordem essa questão poderiam acrescentar na compreensão sobre a informação recebida pelas crianças a

respeito do transtorno mental de suas mães. Além disso, intervenções familiares que considerem o apoio aos filhos em cada etapa de seu desenvolvimento, fornecendo esclarecimentos e suporte em relação à convivência com o transtorno mental materno, parecem necessárias. De qualquer forma, novamente observa-se o apoio familiar também presente e importante nesta situação.

Em relação à vivência das crianças no que se refere ao transtorno mental materno, parece ser intensa, conforme pode ser verificado no discurso das mães, que relatam que as crianças presenciavam e participavam de seus momentos de crise provocados pelo transtorno:

As crises, depende, às vezes elas duram, que eu tô lembrada, porque no começo eu não lembro, só lembro mais que, hoje mesmo, nas crise de hoje que eu tô fazendo tratamento com outro medicamento mais forte, então eu tenho muita crise de choro, então dura assim, um mês, dois meses, três meses às vezes, às vezes uma semana, aí passa. Você vira um animal, né, um animal sem controle. W. (filho) presenciou todas, todas (...) Ele começava a chorar também, me punha na cama, me dava o medicamento, punha música de relaxamento pra mim e ficava ali do meu lado ou fechava a porta para me deixar sozinha pra eu me acalmar (...). Ah, isso aconteceu várias vezes, mais de dez, desde os oito anos do D. (filho). (DSC das mães sobre a participação dos filhos nos momentos de crise vivenciados por elas)

Pode-se observar nos discursos das mães, apresentados abaixo, que as reações das crianças frente às crises maternas variam entre cuidar da mãe, chorar e entristecer-se.

Ela chorava também. (...) Hum... eu nunca reparei (se ele ficava mal) mas eu acho que mais entristecido do que nervoso. Ele se entristece muito. Então eu nunca, nunca olhei pra ver o que que tava acontecendo. (DSC das mães)

Ah, sempre de cuidar de mim, antes era o meu filho mais velho, agora de uns tempos pra cá é o D. (filho participante da pesquisa)... deitar comigo na cama, ficar fazendo cafuné, aí eu dormia e ele ficava me vigiando.

(DSC das mães sobre as reações dos filhos nos momentos de crise vivenciados por elas)

Observa-se, a partir desses discursos, que as crianças vivenciam e participam em seu cotidiano das consequências desencadeadas pelo transtorno mental de suas mães, assumindo, inclusive, o papel de cuidadores e fornecendo suporte emocional a elas.

A realidade de os filhos aparecerem como fonte de cuidado e de suporte emocional para suas mães com transtorno de humor se aproxima do resultado encontrado no estudo de Matsukura e Cavaglieri¹³, no qual as autoras encontraram que os filhos adolescentes são as principais fontes de suporte para as mães e remete à discussão do papel exercido por eles no ambiente familiar, considerando que as crianças participantes do presente estudo são ainda mais novas, ou seja, estão em uma fase em que necessitam receber suporte e cuidados de seus responsáveis, sendo que responder as demandas de suporte colocadas pelas mães, nessa fase de seu desenvolvimento, pode significar uma alteração nos papéis de quem deveria ser cuidado e de quem é o cuidador¹³.

Ao serem questionadas sobre o que as ajuda quando as coisas estão difíceis, as crianças citaram a mãe, brinquedos, o cérebro e elas mesmas.

Depende, se tiver uma bola ali na garagem, eu pego, fecho a porta ali da garagem, né? E fico batendo uma bolinha! Meus brinquedos, minha almofada, Zuleica. E se tiver a piscina montada, eu peço pra minha mãe, eu vou lá e fico mergulhando... me tranquilizo... (...) De vez em quando a minha mãe, quando ela não tá nervosa. (DSC dos filhos)

O meu cérebro! Porque ele me ajuda a pensar! (DSC dos filhos)

Minha mãe me ajuda. (...) Por exemplo, assim, quando que a matemática tá difícil pra mim, daí tem vezes que eu me ajudo sozinha mesmo. (DSC dos filhos sobre o que os ajudam quando as coisas estão difíceis)

Apointa-se a possibilidade de que as crianças tenham desenvolvido alternativas e recursos positivos para lidar com problemas. Hipotetiza-se também que o transtorno mental materno foi, nesses casos, um fator que estimulou o desenvol-

vimento de alternativas de ajuda. Sapienza e Pedromônico¹⁹ abordam que, independentemente da combinação de fatores estressantes, crianças em situação de risco podem desenvolver alternativas e recursos frente às adversidades, beneficiando-se de suas competências e habilidades pessoais. Além disso, ressaltam que algumas crianças destacam-se na superação de eventos estressantes quando comparadas a outras crianças expostas aos mesmos riscos, por diferenças fisiológicas ou psicológicas.

Ainda nessa mesma direção, as crianças, ao serem questionadas sobre o que consideram bom em suas vidas, citaram brincadeiras, família e diferentes tipos de recursos e possibilidades como elementos positivos.

Tudo. Que eu consigo estudar, que eu tenho o pão de cada dia, que eu tenho escolha, que eu posso ir na igreja (...). Comer, comer bolo de chocolate com recheio. Jogar videogame também. Só isso. (DSC dos filhos sobre o que acham bom em suas vidas)

A partir da análise do discurso acima, hipotetiza-se que as crianças parecem elaborar suas necessidades, valorizar e discriminar o que as ajuda em diferentes situações, sejam elas difíceis ou fáceis. Estudos comparativos envolvendo crianças nessa etapa do desenvolvimento poderiam fornecer mais elementos para a compreensão desses processos.

Quando foram solicitadas a falar sobre si mesmas, as crianças apontaram adjetivos pessoais, utilizando sentimentos na autodescrição:

Ah, sou um pouquinho gordo, estudante... estudioso, sou coroinha, faço catequese... (...) Assim por dentro? Ah, sou... características eu não tenho muitas, mas eu sou amoroso com a minha mãe, tenho um pouco de raiva às vezes... (...) É... Sinto tristeza, não sei por quê! Só... eu acho que de mim é isso..., porque tem coisa que eu também não sei, tô descobrindo. Acho que eu sou tonto. (...) Ah, os outros ficam me chamando de tonto. (...) Quando que eu vou na casa dos outros, assim, meu jeito é ficar quieta, né, depois eu vou catando intimidade, eu converso bastante. (...) Tímida! (...) Eu sou alegre! (DSC dos filhos sobre a autodescrição)

Ao se descreverem, observam-se no discurso das crianças aspectos como tristeza e retraimento. É possível que esses elementos estejam vinculados à convivência com o transtorno mental materno. Cummings¹⁸ apresenta alguns estudos que indicam que pode haver impacto negativo da depressão dos pais no senso de segurança emocional das crianças proveniente da relação entre a criança e seus pais. Ademais, Downey e Coyne²⁵ apontam que filhos de pais com desordens unipolares e bipolares apresentam mais conceitos negativos sobre si próprios e uma tendência a atribuir aspectos negativos a si mesmos, comparados a filhos de pais sem diagnóstico psiquiátrico. Observa-se que esse resultado se aproxima do que a literatura mais antiga apontava em relação ao autoconceito de filhos de mães com transtornos mentais. Acredita-se que o desenvolvimento de estudos nessa direção, envolvendo crianças em idade escolar, filhas e não filhas de mães com transtornos mentais, contribuiriam para a maior compreensão a respeito desse processo.

Sobre quem cuida da criança segundo sua própria ótica e também das mães, observa-se que, em ambos os discursos, além da mãe, foram citados os avós, os irmãos, os pais e os padrastos:

Sem ser minha mãe... Minha irmã. Minha mãe também, meu pai também, meu padrasto (...) e meus irmãos mais velhos. Minha vó e meu vô, desde que eu nasci... (DSC dos filhos sobre quem são seus cuidadores)

Meu pai e minha mãe (...) Meu marido (...) o W. (filho mais velho). (DSC das mães sobre quem cuida das crianças)

Aponta-se que as crianças parecem receber o cuidado da família próxima (avós, pais e irmãos), o que pode constituir um fator de proteção ao seu desenvolvimento. Ainda nessa direção, observa-se, nos resultados, que as crianças citaram a mãe, o pai e os irmãos ao serem questionadas sobre com quem podem contar para falar de si ou quando têm algum problema.

Com minha mãe e com minha irmã, só. (...) Meu pai, meu irmão mais velho! (DSC dos filhos sobre com quem podem contar para falar sobre si ou quando têm algum problema)
Verifica-se, a partir do relato acima, que a fa-

mília nuclear é apontada como importante fonte de suporte emocional das crianças. Esse achado pode estar relacionado à faixa etária dos participantes do estudo – idade escolar –, fase em que os familiares, principalmente os adultos, ainda são as principais referências para as crianças. Talvez a mesma questão abordada com adolescentes possa resultar em discursos diferentes, como ocorreu no estudo de Matsukura e Cavaglieri¹³, no qual os pais (figura paterna) não são apontados pelos adolescentes quando são questionadas sobre quem os auxilia em situações de dificuldades escolares. No presente estudo, os pais foram citados pelas crianças quando abordadas a respeito do apoio recebido quando precisam falar de si ou quando têm algum problema e no cuidado.

Observa-se que, ainda que a doença mental possa impactar em algumas esferas, a condução de apoio familiar e da própria mãe são mantidas

e, talvez, maximizadas nesse contexto. Assim, de forma geral, as crianças do presente estudo parecem contar com apoio familiar e buscar alternativas de ajuda em momentos difíceis, o que contribui para um desenvolvimento positivo. Matsukura e Cavaglieri¹³ também apontam, em seu estudo, que adolescentes filhos de mães com transtornos mentais parecem ter desenvolvido adaptações positivas frente às alterações de comportamento da mãe, geradas pela doença mental.

Considera-se que mais estudos que busquem focalizar as percepções das crianças e adolescentes de diferentes faixas etárias, filhas de mães com diferentes tipos de transtornos mentais a respeito de si próprias e da realidade familiar que vivem, são importantes, na medida em que contribuem para a compreensão dessa realidade e na reflexão e elaboração de intervenções no âmbito da saúde e educação voltadas a essa população.

REFERÊNCIAS

1. Webster-Stratton C. Early intervention for families of preschool children with conduct problems. In: Guralnick MJ, editor. *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes; 1997. p. 429-53.
2. Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. The Prevention of Mental Disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevent Treat*. 2001;4(1):1-62.
3. Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J Pediatr*. 2004;80(2):104-10.
4. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *Brit Med J*. 2001;323:599-600.
5. Guralnick MJ. *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Brookes; 1997.
6. Kohn R, et al. Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. *Rev Panamer Salud Publica*. 2001;9(4):211-8.
7. Mondin EMC. Um olhar ecológico da família sobre o desenvolvimento humano. *Psicol Argumento*. 2005;23(41):25-35.
8. Dekovic M. Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior During Adolescence. *J Youth Adolesc*. 1999;28(6):667-85.
9. Coie JD, et al. The Science of Prevention: A Conceptual Framework and Some Directions for a National Research Program. *Am Psychol*. 1993;48(10):1013-22.
10. Oyserman D, et al. Parenting among Mothers with a Serious Mental Illness. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70:296-315.
11. Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: Association With Maternal Mental Health and Use of Health Care Resources. *Pediatrics*. 2003;111(5):1232-7.
12. Brennan PA, Hammen C, Katz AR, Le Brocque RM. Maternal Depression, Paternal Psychopathology, and Adolescent Diagnostic Outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(5):1075-85.
13. Matsukura TS, Cavaglieri DR. Filhos de pais portadores de transtornos mentais: reconhecendo essa realidade. In: Almeida MA, Mendes EG, Rayashi MCPI. *Temas em Educação Especial: Múltiplos olhares*. Araraquara: Junqueira e Marin editores; 2008. p. 319-27.
14. Gutt EK. Perfil comportamental e competência social de crianças e adolescentes filhos de mulheres com esquizofrenia [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
15. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):251-9.
16. Ruzzi-Pereira A. *Doença Mental Materna: ações de parenting e suporte social [dissertação]*. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
17. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Est Psicol*. 2003;8(3):403-11.
18. Cummings EM. Security, emotionality, and parental depression: a commentary. *Develop Psychol*. 1995;31:677-88.

19. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol Est.* 2005;10(2):209-16.
20. Minayo MC, et al. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.* São Paulo: Vozes; 2001.
21. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 5a ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco; 1998.
22. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.* Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
23. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional das Doenças.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
24. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.
25. Dwney G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bulletin.* 1990;108(1):50-76.