



DOENÇA MENTAL MATERNA, ESTILOS PARENTAIS E SUPORTE SOCIAL – ESTUDO DAS CONCEPÇÕES DE MÃES E ADOLESCENTES NO INTERIOR DE SÃO PAULO

MATERNAL MENTAL DISEASE, PARENTAL STYLES AND SOCIAL SUPPORT – STUDY OF THE CONCEPTIONS OF THE MOTHERS AND ADOLESCENTS IN THE COUNTRYSIDE OF SÃO PAULO STATE

Andrea Ruzzi-Pereira¹, Jair Lício Ferreira Santos¹

Resumo

A observação de mulheres nos serviços de saúde mental motivou o interesse em pesquisar como tais mães cuidam de seus filhos e como esses percebem os cuidados. Este estudo objetivou identificar associações entre práticas parentais de mães doentes mentais, suporte social e condições socioeconômicas; e verificar possíveis diferenças entre práticas parentais de mães doentes e mães saudáveis. Estudo de casos e controles, quantitativo. Participaram 41 mulheres doentes mentais e seus filhos adolescentes e 41 díades mãe-filho saudáveis. Observou-se maior insatisfação com o suporte social recebido pelas mães doentes, que nessas famílias os pais são menos responsivos do que os pais do grupo comparado; mães do grupo de comparação são mais exigentes e responsivas do que as do grupo de estudo; a situação econômica familiar também influencia no cuidado materno. Conclui-se que os transtornos de humor, em especial os transtornos depressivos e ansiosos, o suporte social recebido e condições financeiras influenciam nas ações de cuidado materno.

Palavras-chave: saúde mental; apoio social; cuidados maternos; transtornos depressivos; transtornos de ansiedade.

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, do departamento de Medicina Social, da FMRP-USP. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. dos Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – SP.

Correspondência para: andrea@to.uftm.edu.br

Suggested citation: Ruzzi-Pereira A, Santos JLF. Maternal mental disease, parental styles and social support: study of the conceptions of the mothers and adolescents in the countryside of São Paulo state. J. Hum. Growth Dev. 2012; 22(1): 73-80.

Manuscript submitted Apr 26 2011, accepted for publication Nov 10 2011.

Abstract

An observation of the women in the mental health service motivated the interest in researching as such mothers take care of their children and how these ones perceive this care. This study objectified to identify associations between parental practices of mental diseased mothers, social support and social-economical conditions; verify possible differences between parental practices of diseased mothers and healthy mothers. It is a quantitative, case-control study. Participated in this study 41 mental diseased women and their teenager children and 41 healthy mother-child dyads. It was observed a bigger dissatisfaction with the received social support to the sick mothers, that in these families the fathers are less responsive than the fathers of the compared group; mothers of the comparison group are more demanding and responsive than of the study group; the familiar economical situation also influences the maternal care. It is concluded that mood disorders, specially the depressive and anxiety disorder, the received social support and financial conditions influences the maternal care.

Key words: mental health; social support; maternal care; the depressive disorder, anxiety disorder.

INTRODUÇÃO

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 pacientes¹.

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 um dos membros do sistema afetam todos os outros². Assim, o transtorno mental de qualquer membro da família acarretará em alguma mudança na vida de todas as pessoas dessa família³.

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 outras³. 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.

Embora existam várias outras formas de ocorrência de doença mental na mulher, o presente artigo limita-se aos transtornos de humor, em especial a depressão, e aos transtornos neuróticos, em que coexistem a depressão e ansiedade, por serem de relevância epidemiológica e por dizerem respeito aos sujeitos deste estudo. Embora os transtornos de humor, principalmente a depressão, sejam reconhecidos como problema de saúde pública pela alta incidência e prevalência nas mulheres do mundo todo e por seu impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos⁴⁻⁶, estudos que investigam a influência da doença mental materna nos cuidados que a mãe dispensa aos filhos e o impacto dessa doença no desenvolvimento dessas crianças ainda são poucos no Brasil.

Mães deprimidas percebem-se como menos capazes ou competentes para efetivamente gerenciar situações a elas relacionadas, como a responsabilidade por suas crianças; e o seu sistema de suporte social é percebido por elas como menos adequado, o que aumenta os níveis de sintomas depressivos⁷. Tais sintomas também podem levar a sérias consequências econômicas, sendo observado que a pobreza e a falta de suporte social frequentemente ocorrem juntas com a doença mental. Mas o suporte so-

cial pode moderar os efeitos da pobreza e da doença mental, promovendo ações maternas de cuidado mais adequadas e positivas, mesmo quando a mãe sofre de séria doença mental, agindo como fator de proteção. Além de contribuir para o funcionamento psíquico materno, o suporte social diminui o estresse social e financeiro, enquanto sintomas mais acentuados de depressão também apontam para menor suporte social^{4, 8-10}.

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 ambientais⁴. 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^{4,6}.

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 se isolarem socialmente. Estudos epidemiológicos mostram que baixo apoio social, fatores como falta de esposo, isolamento social e falta de uma pessoa confiante se associam à maior ocorrência de depressão⁴. Ou seja, o transtorno mental pode levar a pessoa ao isolamento e esse, por sua vez, pode levar a pessoa à depressão.

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^{8,9}. Mães menos estressadas conseguem obter suporte social mais efetivo e mães com mais suporte social se envolvem mais na educação de seus filhos^{8,10}.

A maneira mais adequada dos pais educarem e se relacionarem com os filhos vem sendo 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 es-

tilos parentais¹¹. 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^{11,12}.

Os estilos parentais podem ser autoritativo, autoritário e permissivo¹¹⁻¹³. 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. 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. 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 comportamento¹².

Os estilos parentais influenciam no desenvolvimento de crianças e adolescentes, cada um a sua maneira. Associados à doença mental materna, eles ainda podem ter consequências negativas. Um estudo norte americano, conduzido por Petterson e Albers (2001) mostrou que depressão materna e pobreza põem em risco o desenvolvimento de seus filhos. Verificaram também que mães deprimidas apresentam dificuldades no cuidado de seus filhos e que essas 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, menos exigente e menos ativo, e geralmente menos competente¹⁴.

A presença de depressão materna é conhecida por ser um dos mais fortes

fatores de risco para psicopatologias em seus filhos. A depressão materna também pode levar a sentimentos de insegurança social nos filhos⁸⁻⁹. Crianças filhas de mulheres deprimidas também apresentam mais comportamento agressivo do que as filhas de mães não deprimidas¹⁵⁻¹⁷.

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 a própria capacidade de cuidados maternos como mais difícil, foram menos provedoras de cuidados para seus filhos que mães que vivenciaram menos angústia psicológica. O estudo sugere que dificuldades econômicas exacerbam problemas no cuidado parental e, em consequência, um comportamento ineficiente de atenção à educação que afeta negativamente o adolescente¹⁴.

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. Um estilo parental 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^{8,18}.

Em consideração aos fatores de risco para a depressão, os objetivos são de identificar associações entre as práticas parentais de mães portadoras de transtornos de humor, o suporte social e condições socioeconômicas, bem como de verificar possíveis diferenças entre práticas parentais em mães com transtorno de humor e mães sem transtornos de humor.

MÉTODOS

O estudo foi realizado em um município do interior de São Paulo, que pos-

sui tratamento especializado em Saúde Mental e atende os municípios do Departamento Regional de Saúde DRS-XIII¹⁹.

Tal pesquisa se delimitou como um estudo quantitativo de casos e controles. Foram estudados dois grupos, um denominado grupo de casos e o outro grupo de controles. O grupo de casos foi composto por usuárias de serviços ambulatoriais de saúde mental que possuíam filhos adolescentes e um de seus filhos, e o grupo de comparação foi composto por mulheres da mesma 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. No total, participaram da pesquisa 82 díades mãe-filho.

Para a coleta de dados foram utilizados: (a) o Questionário de Suporte Social – SSQ²⁰, que é composto por 27 questões nas quais deve ser indicado, pelo respondente, primeiramente, o número de fontes de suporte social percebido (SSQ-N), 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 (SSQ-F); (b) as Escalas de Exigência e Responsividade Parentais, traduzidas e adaptadas para a língua portuguesa²¹. As escalas 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; e (c) o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)²² 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 e também considera informações sobre o grau de instrução do chefe

de família. Todos os instrumentos já haviam sido validados para o Brasil pelos seus respectivos autores.

Foi realizado um pré-teste utilizando o Questionário de Suporte Social, as Escalas de Exigência e Responsividade Parentais e o Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB para averiguar a compreensibilidade dos itens dos mesmos, não sendo necessário realizar qualquer tipo de alteração.

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (protocolo 0189/CEP/CSE-FMRP-USP), foi solicitada a autorização de campo de pesquisa ao município e aos serviços de saúde e realizado o levantamento dos sujeitos que respondiam aos critérios de inclusão da pesquisa, a partir do prontuário de atendimento dos serviços de saúde mental do município. Buscou-se a homogeneidade da amostra em relação ao diagnóstico materno, tempo de convívio do adolescente com a doença mental e idade do filho. Foram selecionadas 91 mulheres que faziam tratamento há pelo menos quatro anos²⁴, em cujos prontuários houvesse indicação que as elas possuíam filhos com faixa etária entre 12 e 18 anos. Também foram selecionadas aquelas cujo prontuário não especificava a ausência de filhos ou a idade dos mesmos.

Foram excluídas 35 mulheres selecionadas por não se responderem aos critérios de inclusão e cinco pessoas recusaram-se a participar da pesquisa.

O recrutamento das participantes do grupo de controles se deu por convite feito por telefone, agendando data, horário e local para a aplicação dos questionários utilizados tanto com as mães quanto com um de seus filhos adolescentes. Na data marcada, o termo de consentimento livre esclarecido era lido e na compreensão e aceitação dos participantes os questionários e escalas eram dados para os mesmos responderem. Não houve retirada de consentimento em nenhum caso.

A partir da coleta de dados com os sujeitos do grupo de casos, foram iden-

tificadas as escolas onde os adolescentes desse grupo estudavam. Solicitou-se autorização de campo para os diretores das escolas para um levantamento de dados demográficos dos alunos, para localizar famílias que respondessem aos critérios de inclusão para o grupo de controles, a saber: idade dos alunos, anos de estudo, sexo e bairro de residência equiparadas com o grupo de casos; e que a mãe não tivesse diagnóstico de doença mental ou incapacitante.

A escola particular não concordou em colaborar com a pesquisa, sendo que os adolescentes para comparação foram localizados através de indicações de outros adolescentes dos bairros alvos. Todas as famílias do grupo controle aceitaram participar da pesquisa.

Cada participante recebeu informações a respeito dos objetivos do estudo, sendo livre sua participação. Na concordância, os participantes assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As mães dos dois grupos responderam o Questionário de Suporte Social-SSQ e o Critério de Classificação Econômica Brasil. Os adolescentes dos dois grupos responderam as Escalas de Exigência e Responsividade Parentais. Os questionários eram de autoavaliação e autoexplicativos, tendo sido aplicados numa entrevista única. Cada participante respondeu aos questionários individualmente, solicitando ajuda da pesquisadora quando necessário.

A coleta de dados se deu entre abril e julho de 2006, sendo realizada pela pesquisadora que recebeu orientação dos autores dos instrumentos de coleta.

Não houve nenhuma forma de financiamento para esta pesquisa. O estudo seguiu todas as normas vigentes para pesquisas com seres humanos no Brasil, conforme Resolução 196/1996 CNS.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

O grupo de casos foi composto por:
1. 41 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. Essas mulheres estavam em tratamento e apresentavam diagnóstico psiquiátrico há pelo menos quatro anos, identificados nas categorias "Transtornos do humor", enquadrados na classificação F30 a F39 da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças - CID-10²³, sendo 32 sujeitos com diagnósticos entre F31 a F33 da CID-10 e "Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes", encontradas nove mulheres com os diagnósticos F41.2 e F43.2. Esse número de participantes representou todas as mulheres que estavam em tratamento no período de julho de 2005 a julho de 2006 e que respondia aos critérios de inclusão para a pesquisa. Todas as mulheres possuíam pelo menos um Nesse grupo, 63,41% das mulheres eram casadas. Havia 12,2% de mulheres que viviam junto de um companheiro, 14,63% que estavam separadas ou divorciadas, 4,88% que eram solteiras e 4,88% viúvas.

2. 41 adolescentes, com idade entre 12 e 18 anos, sendo 36,59% com idade entre 12 e 14 anos e 63,41% entre 15 e 18 anos, 53,66% do sexo masculino e 46,34% do sexo feminino, filhos das usuárias dos serviços de saúde mental. O critério de escolha do filho participante foi a faixa etária e a disposição para participar. A composição do grupo de controles foi de:

1. 41 mulheres, com idade entre 26 e 54 anos, sendo 26,83% com até 39 anos de idade, 56,10% tinham entre 40 e 49 anos de idade e 17,07% apresentavam 50 anos ou mais; que nunca receberam diagnóstico psiquiátrico e/ou outras doenças graves ou incapacitantes, e que possuíam filhos adolescentes, na faixa etária de 12 a 18 anos.

Das mulheres desse grupo, 68,29% eram casadas, 19,51% viviam junto de um companheiro, 7,32% estavam separadas ou divorciadas e 4,88% eram viúvas.

2. 41 adolescentes, com idade entre 12 e 18 anos, sendo 39,02% com idade entre 12 e 14 anos e 60,98% entre

15 e 18 anos, 48,78% do sexo masculino e 51,22% do sexo feminino, filhos das mulheres do grupo controle, equiparados com os adolescentes do grupo de casos quanto ao sexo, idade e bairro onde residem.

Em ambos os grupos, de casos e de controles, 53,66% dos adolescentes possuíam até oito anos de estudo completos e 46,34% dos adolescentes tinham nove ou mais anos de estudo. Esse número é idêntico devido à forma de busca do grupo de controles que se deu através da classe escolar do adolescente do grupo de casos.

Os grupos foram classificados segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB, sendo 51,22% do grupo de casos e 53,66% do grupo controle classificados como Classe C. Uma família (2,44%) foi classificada como A2 nos casos e duas (4,88%) nos controles. Na classe B1 foram identificadas duas (4,88%) e cinco (12,20%) famílias nos grupos de casos e controles, 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 casos e 12,20% do grupo controle identificadas como Classe D.

Análise estatística dos resultados

Para sintetizar os resultados, deu-se preferência à mediana como medida de tendência central, uma vez que as variáveis dependentes (escores de SSQ, SSN, 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 aplicados o teste exato de Fisher, a prova U de Mann-Whitney, a prova de Kruskal-Wallis e as provas de significância do coeficiente de correlação de Spearman.

Admitiu-se como probabilidade do erro de primeira espécie $\alpha < 5\%$.

Os resultados obtidos quanto ao número de suporte social percebido (SSQ-N) e a satisfação das mulheres quanto a esse suporte social (SSQ-S) mostraram

que as medianas do número de suporte social percebido variaram entre 1.4 e 2.6, em ambos os grupos, e mesmo quando comparados com quaisquer variáveis sociodemográficas. Os resultados mostraram que, embora o número de fontes de suporte social encontrado seja pequeno, as mães apresentam-se muito satisfeitas com a qualidade do suporte social percebido (SSQ-S).

Os resultados mostram maior satisfação em relação ao suporte social percebido por mães do grupo controle do que por mães do grupo de estudo (Teste de Mann-Whitney, $p=0,01$). Observou-se que mães de meninos referem maior grau de satisfação do que as mães de meninas ($p = 0,04$) (tabela 1 e tabela 2).

No que se referem aos estilos de práticas parentais, os dados obtidos com os adolescentes mostraram que, de modo 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.

A carga de responsividade materna percebida pelos meninos e meninas foi maior na faixa etária de 12 a 14 anos dos adolescentes com até oito anos de estudo do que na faixa etária de adolescentes com idade de 15 a 18 anos com nove anos de estudo ou mais. Em média o grupo de controles atribuiu maiores cargas de exigência materna que o grupo de estudo quando comparadas às variáveis idade e anos de estudo, mas adolescentes do grupo controle com até oito anos de escolaridade atribuíram carga de exigência maior às suas mães, quando comparados com adolescentes do grupo controle com o mesmo tempo de estudo.

De modo geral, foram atribuídas maiores cargas de exigência às mães do que responsividade, mas quando com-

Tabela 1: Mediana das variáveis número de suporte social percebido e satisfação quanto ao suporte social

Variável	Grupo Estudo	Grupo Comparado	Teste de Mann-Whitney		
			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

Tabela 2: 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

paradas às cargas atribuídas aos pais, as mães ainda foram mais responsivas (tabela 3). O grupo de casos, 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 controles. Observou-se que meninas de

12 a 14 anos atribuíram cargas de responsividade aos pais menores que os meninos com a mesma faixa etária. Isso se inverteu na faixa etária de 15 a 18 anos, em ambos os grupos (tabela 4).

Por último, foram analisadas as médias de responsividade e exigência materna e paterna segundo o poder

aquisitivo das famílias e o sexo dos filhos. 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. Os meninos das classes com maior poder aquisitivo consideraram seus pais mais responsivos que as meninas dessas classes nos dois grupos. Os meninos do grupo de casos dessas classes também consideraram

seus pais mais exigentes que as meninas. As meninas da classe C, em ambos os grupos, consideraram os pais mais responsivos que os meninos, bem como as meninas da classe D do grupo de controles.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através do Questionário de Suporte Social-SSQ evidenciaram que famílias cuja mãe é por-

Tabela 3: Medianas das variáveis responsividade materna e paterna

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

Onde: RespM = responsividade materna
RespP = responsividade paterna

Tabela 4: Medianas de RespM, RespP, ExigM, e ExigP por anos de estudo do adolescente e teste de igualdade dos escores

Anos de estudo do adolescente	med(RespM)	med(RespP)	med(ExigM)	med(ExigP)
Até 8	38.0	30.0	41.0	36.0
9 e +	36.0	34.0	40.5	35.0
Teste de Mann-Whitney P(z)	0,37	0,21	0,80	0,90

Onde: RespM = responsividade materna
RespP = responsividade paterna

tadora de transtorno de humor estavam menos satisfeitas com o grau de suporte social que recebem do que as famílias do grupo de controles. Resultados semelhantes foram obtidos em outro estudo²⁵ que mostrou que mães deprimidas percebem seu suporte social menos positivamente que seus pares não deprimidos. A depressão materna foi relacionada com um pobre senso de competência nas práticas parentais e inadequada percepção de suporte social.

Também foi possível observar uma influência de gênero quanto à satisfação com suporte social percebido. Os dados mostraram que mães de meninas esta-

vam ainda mais insatisfeitas com o suporte social recebido. Isso pode estar relacionado com problemas de comportamento que se manifestam de maneira diferente em meninos e meninas filhos de mulheres com transtorno mental. Também pode estar relacionado ao fato de meninos filhos de mulheres deprimidas apresentarem mais problemas de externalização de comportamento, ao contrário das meninas que apresentam como resposta à doença materna comportamentos de internalização^{6,11}, o que faz com que um maior número de pessoas, sejam familiares, professores ou profissionais de saúde, esteja envolvido

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. 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.

Outra hipótese levantada é 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. Porém, nesse 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.

No que se referem aos estilos de práticas parentais, 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^{11,21}. Essas pesquisas 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 maridos de mulheres com doença mental são menos responsivos do que os maridos de mulheres saudáveis. A carga de responsabilidade atribuída pelos adolescentes aos pais foi significativa no grupo comparado ($p=0,03$). Esses dados contrariam outros

achados¹⁶, nos quais os autores encontraram que nas 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. Contudo, esse estudo¹⁶ foi realizado com pais de crianças mais novas. Vale lembrar que as relações entre pais e filhos tendem a se estabelecer de maneira diferente na adolescência. Assim sendo, os pais de crianças menores podem suprir a necessidade 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.

Quanto às mulheres, este estudo encontrou que as mães do grupo controle são mais exigentes e responsivas do que as mães do grupo de casos e que, de maneira geral, as mães são mais responsivas e exigentes com os filhos mais jovens e que possuem grau de escolaridade menor. Esse resultado concorda com outros estudos^{7,8,12,21} que apontam para menor responsividade e exigência materna 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 de menor poder aquisitivo apresentaram os menores escores para responsividade. Esses dados concordam com outros estudos^{9,14}, onde os autores mostraram a correlação entre doença mental materna e condições de pobreza e miserabilidade, sugerindo que frequentemente elas ocorram juntas.

Em concordância com outros estudos realizados na área, este estudo conclui que a doença mental influencia nas ações de cuidado materno e que a inadequação do ambiente familiar²⁶, o baixo suporte social e condições finan-

ceiras precárias também podem influenciar de forma negativa, mas que o suporte social adequado pode atuar como fator protetivo, influenciando positivamente no cuidado materno.

Acreditamos que tais conclusões alertem os profissionais de saúde da necessidade de intervenção junto às famílias que possuem um ou mais membros portadores de transtorno mental para que possam auxiliar na formação de uma rede de suporte social para apoio dessas famílias, diminuindo a influência da doen-

ça mental nas relações sociais dessas pessoas, possibilitando-lhes uma melhor qualidade de vida.

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 melhoria da qualidade de vida dessas famílias, bem como evitar que os adolescentes também desenvolvam alguma doença mental e/ou transtorno de conduta.

REFERÊNCIAS

1. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 1998. p. 55-92
2. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 161-182
3. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J, Borasche, G. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. Rev. bras. educ. espec. 2007; 13(3):415-428.
4. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras Psiquiatr. [Internet]. 1999 maio [cited 2006 nov 27]; 21 Suppl 1:S1-5. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>
5. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiquiat Clin. 2006;33(2):43-54.
6. Fleck MPA, Silva Lima AFBS, Schestasky SLG, Henriques A, Borges VR, Camey S et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):431-8.
7. Silver EJ, Heneghan AM, Bauman LJ, Stein R. The relationship of depressive symptoms to parenting competence and social support in inner-city mothers of young children. Maternal Child Health J. 2006;10(1):105-11.
8. Hammen C, Brennan PA, Shih JH. Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and non-depressed women. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(8):994:1002.
9. Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA, Firminger KBBA. Parenting among mothers with a serious mental illness. Am J Orthopsychiatry. 2000; 70(3): 296-315.
10. Oyserman D, Bybee D, Mowbray CT, Macfarlane P. Positive parenting among African American mothers with a serious mental illness. J Marriage Family. 2002;64(1):65-77.
11. Oliveira EA, Marin AH, Pires FB, Frizzo GB, Ravanello T, Rossato C. Estilos parentais autoritário e democrático recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. Psicol Reflex Crit. 2002;15(1):1-11.
12. Weber LND, Prado PM, Viezzer AP, Brandenburg OJ. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. Psicol Reflex Crit [Internet]. 2004 [cited 2007 fev 28];17(3):323-31. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>
13. Costa FT, Teixeira MAP, Gomes WB. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais.

- Psicol Reflex Crit. 2000;13(3):465-73.
14. Petterson MS, Albers AB. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Dev.* 2001;72(6):1794-813.
 15. Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J Pediatr.* 2004;80 Supl 2:S104-10.
 16. Hops H, Biglan A, Sherman L, Arthur J, Friedman L, Osteen V. Home observations of family interactions of depressed women. *J Consult Clin Psychol.* 1987;55(3):341-6.
 17. Santos, PL, GRAMINHA, SSV. Estudo comparativo das características do ambiente familiar de crianças com alto e baixo rendimento acadêmico. *Paidéia.* 2005; 15(31):217-226
 18. Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes; 1995. p. 27-50
 19. Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e gestão [Internet]. Brasília, DF; 2005. [cited 2007/07/15]. Available from: www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php
 20. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2002;10(5):675-81.
 21. Teixeira MAP, Bardagi MP, Gomes WB. Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. *Rev Avaliação Psicol.* 2004;3(1): 1-12.
 22. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. [cited 2005 nov 24]. Available from: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. p.1-4.
 23. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.108-170.
 24. 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.
 25. Silver EJ, Heneghan AM, Bauman LJ, Stein REK. The relationship of depressive symptoms to parenting competence and social support in inner-city mothers of young children. *Matern Child Health J.* 2006; 10(1): 105-11.
 26. Fuller GB, Rankin RE. Differences in levels of parental stress among mothers of learning disabled, emotionally impaired, and regular school children. *Percept Mot Skills.* 1994;78:583-92.